

Aktuelle Gesundheits- Nachrichten

**EANU
Pinnwand**
Sonnenschutz
6 hilfreiche Tipps

- 
- **MEDIZIN** Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms
 - **EANU STANDPUNKT** Intratumorale Misteltherapie
 - **PSYCHONKOLOGIE** Die eigene innere Schau
 - **ALKOHOLKONSUM** Risiko für sieben Krebsarten
 - **ÜBERGEWICHT** Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko?

SONNE JA! ABER NUR MIT VERNUNFT UND SCHUTZ!

30

EANU Pinnwand

Tipps zum Thema Sonnenschutz und Hautkrebs



6

Intratumorale Misteltherapie

Tumorstadium hemmen, Abwehr stabilisieren



14

Hoher Alkoholkonsum

Risiko für sieben Krebsarten



34

Übergewicht

Unterschätztes Risiko?



40

Die eigene innere Schau

Ein Frühwarnsystem aufbauen



20

Pankreaskarzinom

Diagnostik und Therapie



52

Portrait

Brustkrebs Deutschland e.V.

Weitere Themen

Editorial

Eine weltweite Krise kann schnell zur persönlichen Krise werden

4

Immer gemeinsam – Nie alleine

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

10

Selbsttest

Bin ich alkoholgefährdet?

18

Die junge Seite

Care for CAYA – das Präventionsprogramm

38

Leben mit Krebs

Der Krebs. Ein unheimlicher Geselle. Warum gerade ich?

50

Leben mit Krebs

Und jetzt Corona? Ich habe vor nichts mehr Angst im Leben.

54

EANU TIPP: Entspannung

Ein toller Trend: Steine bemalen

57



AKTUELLES

aus Medizin & Forschung

auf den Seiten:

17, 32, 39, 48, 56

Eine weltweite Krise kann schnell zur persönlichen Krise werden



peterschreiber.media - stock.adobe.com

Die Corona-Pandemie war für viele Menschen eine Zeit der großen Belastung. Da war nicht nur die Angst um die eigene Gesundheit und die der Angehörigen. Corona war und ist viel mehr: Ein Zeichen, dass Gewohntes schnell wegbrechen kann. Ein Zeichen der Verletzbarkeit.

Die Zeit des Lockdowns ist verbunden mit diesem seltsamen Gefühl von ungewohntem Neuem, mit leeren Straßen und leereräumten Supermarktregalen. Mit sozialer Isolation, mit Kindern, Enkeln und Partnern, die plötzlich auch tagsüber zuhause waren, mit Sorge um den Arbeitsplatz, um die finanzielle und materielle Zukunft. Mit Angst um die Krebstherapie, mit abgesagten Arztterminen und nicht mehr durchführbaren Treffen von Selbsthilfegruppen. Mit merkwürdigen Gestalten, die Verschwörungstheorien

über die sozialen Medien verschleuderten. Der Lockdown war aber auch eines: er war richtig!

Wenn wir die erste Welle einer weltweiten Pandemie schon beurteilen wollen, dann können wir sagen: Deutschland hat es gut gemeistert! Zweifler mögen einfach in die USA schauen, nach Brasilien oder nach Schweden. Unser Gesundheitssystem hat Stand gehalten! Ob die zahlreichen Lockerungen richtig oder verfrüht waren, werden wir bald wissen.

Einzelne Fälle zeigen aber bereits jetzt, dass Covid-19-Ausbrüche regional oder lokal gut und schnell in Griff zu bekommen sind. Eines darf man aber auch nie vergessen: Covid-19 ist eine neue Erkrankung, wir werden darüber mehr wissen müssen, dies betrifft vor allem auch Langzeitschäden bei Infizierten mit schwererem Verlauf.

Es gibt nicht wenige Menschen, die in der Phase des Lockdowns gesundheitlich reagiert haben: Übergewichtig, Depressionen, zu viel Nikotin und Alkohol, zu wenig Bewegung, zu wenig Entspannung. Für Krebspatienten und deren Angehörige kann dies fatal sein! Denn aus einer weltweiten Krise kann schnell eine persönliche Krise werden. Deshalb haben wir in dieser Ausgabe viele Tipps für Sie rund um die wichtigen Bausteine der gesunden Lebensweise zusammengestellt: Bewegung, Ernährung, Entspannung. In der Phase einer weltweiten Krise kann man schnell vom Weg abkommen. Wir helfen Ihnen, diesen wieder zu finden!

Zu Corona gehört aber auch, dass wir nachdenken über Wichtiges und Unwichtiges im Leben. Darüber nachdenken, die uns zur Verfügung stehende Zeit im Leben mit Sinn zu füllen. Wie schnell Gewohntes wegbrechen kann, kennen Krebspatienten von der Zeit der Diagnose. Corona mit Covid-19 hat vielen Menschen auf der Welt gezeigt, dass wir verletzbarer sind als wir dachten. Vielleicht haben wir dies gebraucht, damit wir die Zeit des Lebens nutzen!

Bleiben Sie aktiv! Wir freuen uns über Ihre Reaktionen, Sie können uns immer erreichen über redaktion@eanu.de.

Übrigens: Wenn Sie eine Zusammenfassung wichtiger Krebsinformationen hören möchten, dann können Sie dies ab sofort gerne tun. Wir haben einen Podcast eingerichtet, den Sie hier hören können: <https://www.eanu.de/podcast-1>

Tom Stiegler
Redaktionsleiter EANU



Tumorstadium hemmen, Abwehr stabilisieren

Intratumorale Misteltherapie

Dr. med. Andreas Wasylewski



PhotoSG - stockadobe.com

Als Leserin und Leser kennen Sie schon unseren EANU-Standpunkt. Unser medizinischer Leiter und Herausgeber Dr. med. Andreas Wasylewski beschäftigt sich in dieser Ausgabe mit der intratumoralen Misteltherapie. Denn die Mistel ist, so Dr. Wasylewski, das am besten untersuchte Krebsmedikament.

Die Mistel (*Viscum album*) wird seit 100 Jahren in der Onkologie angewendet und wurde im Laufe der Jahre immer weiterentwickelt. Mit über 1100 Publikationen ist die Mistel das wohl am besten untersuchte Krebsmedikament. Während in den letzten Jahren immer wieder neue Krebsmittel und zytostatische Therapie-schemata mit großen Versprechungen auf den Markt gebracht wurden, wird die Mistel weiter regelmäßig eingesetzt. Mit der Zeit entdeckte die Forschung immer wieder viele neue positive Eigenschaften.

Das Besondere: Mistel stabilisiert und hemmt

Das Besondere an der Mistel ist, dass es als einziges Krebsmedikament in der

Lage ist, sowohl das Abwehrsystem zu stabilisieren als auch das Tumorstadium zu hemmen. Viele Forscher und Firmen haben vergeblich versucht, die Mistelwirkung auf einen einzigen Wirkstoff zu reduzieren und diesen zu standardisieren. Es zeigte sich jedoch, dass die Wirkung der Gesamtextrakte mit ihren etwa 500 verschiedenen Inhaltsstoffen bei weitem nicht erreicht wurde.

Die krebshemmende Wirkung wird vor allem aufgrund der Fähigkeit zur Anregung der Apoptose, ein sogenanntes Selbstmordprogramm der Zellen, erzielt. Die Stimulation der Apoptose durch Mistelpräparate ist deutlich intensiver als durch chemische Zytostatika. Gleichzeitig werden verschiedene Abwehrzellen aktiviert,

die Tumorzellen angreifen und vernichten können.

Welche positiven Effekte hat der Einsatz der Misteltherapie?

Generell aktiviert die Misteltherapie die gesunden Prozesse im Körper und fördert die physiologische Selbstregulation. Der Organismus wird in die Lage versetzt, aktiv gegen die Krebserkrankung vorzugehen.

Positive Effekte der Misteltherapie

- die Aktivierung des Immunsystems, so dass der Körper sich besser gegen Krebszellen wehren kann
- Zytotoxische, Chemotherapie ähnliche Wirkungen, bei Hochdosistherapie
- die Anregung der Apoptose, Zelltod von Krebszellen
- Schutz der Erbsubstanz (DNA) gesunder Zellen unter Chemo- und Strahlentherapie
- die Verbesserung von Symptomen des chronischen Müdigkeitssyndroms, Schlafstörungen und Erschöpfung, Steigerung der Leistungsfähigkeit
- Rückgang von Schmerzzuständen und Rückbildung von Tumorfieber

Als Hauptwirkstoffe der Mistel werden die Mistellektine angesehen, von denen drei Hauptgruppen bekannt sind ML-I, ML-II, ML-III. Diese drei Mistellektine kommen in unterschiedlicher Menge bei den einzelnen Unterarten der Mistel vor. Während bei der Laubholzmistel das ML-I überwiegt, ist bei der Tannemistel

und bei der Kiefernmistel das ML-III vorherrschend. Auch bei den Viscotoxinen variiert die Zusammensetzung bei den genannten Mistel-Unterarten. Für diese Mistellektine wurde eine zytotoxische, Apoptose-induzierende und immunmodulierende Wirkung nachgewiesen. Die Mechanismen der Zytotoxizität wurden eingehend beleuchtet, Lektine werden heute als Ribosomen-inaktivierende Proteine definiert.

Die Gesamtheit macht es aus!

Schon wenige Minuten nach der Inkubation humaner Lymphozyten mit den Mistellektinen kommt es zum Anstieg der intrazellulären Ca-Konzentration. 4 Stunden später kommt es zur Bildung von Sauerstoff-Radikalen, Aktivierung der Enzyme Caspase, die das Signal zur Apoptose veranlasst mit anschließender Degradierung diverser Proteine und Kinasen, was zur Fragmentierung der DNA führt. Die in der Mistel enthaltenen Viscotoxine verursachen rasche Zellmembranendurchlässigkeit, Schwellungen der Mitochondrien und Bildung von Sauerstoff-Radikalen innerhalb von Minuten bzw. Stunden, was im Gegensatz zur Apoptose zu einem nekrotischen Zelltod führt. Daneben tragen weitere Inhaltsstoffe wie die Aminosäure Arginin, Phenylpropane und Triterpene zu der immunmodulierenden und antikarzinogenen Wirkung bei. Die volle Wirksamkeit basiert jedoch auf der Gesamtheit der in dem Extrakt vorhandenen Substanzen.

Im Hinblick auf die Tumorabwehr führen die Mistel-induzierten Immunmodulationen zur Aktivierung und Ausschüttung der Zellen des unspezifischen Immunsystems wie: NK-Zellen, Makrophagen,

Eosinophilen. In der Mistelbehandlung werden auch viele Zytokine freigesetzt, wie Interleukine IL-1, IL-4, IL-5, IL-6, Tumornekrosefaktor und Interferon.

Wie bereits erwähnt, werden bei der Misteltherapie verschiedene Zytokine, u.a. auch Interleukin 6, freigesetzt. U.a. wurde festgestellt, dass ohne Interleukin 6 keine Leberregeneration stattfindet und dass Herzmuskelzellen unter Stressbedingungen eine Apoptose erleiden. Leider kommt es auch zu einer Vermehrung von hämatopoetischen Primärzellen. Andererseits wurde festgestellt, dass beim Plasmozytom, Leukämie und malignem Lymphom das Wachstum von 30 bis 50 % der Zellen von IL-6 abhängig ist. Deshalb sollte eine Misteltherapie bei diesen Krankheiten nicht durchgeführt werden.

Intratumoral ist die tumorhemmende Wirkung am stärksten

Der derzeitige Therapiestandard sei die subkutane Mistel Injektion. Weitere Applikationsmöglichkeiten sind intravenöse, intrapleurale, intravasale, intratumorale und intraperitoneale Mistelinjektionen. Wenn sich ein Tumor oder eine Metastase operativ nicht entfernen lässt, mit der Injektionsnadel jedoch erreichbar ist, können Mistelextrakte auch direkt in die Geschwulst gespritzt werden - intratumoral. Bei intratumoraler Applikation ist die tumorhemmende Wirkung von Mistelpräparaten am stärksten. Sowohl in Tierversuchen als auch beim Menschen wurden gute Erfolge bei inoperablen Tumoren oder Metastasen publiziert.

Noch ein wichtiger Wirkmechanismus bei der intratumoralen Mistelapplikation wird diskutiert - die Autovaccination. Man ver-

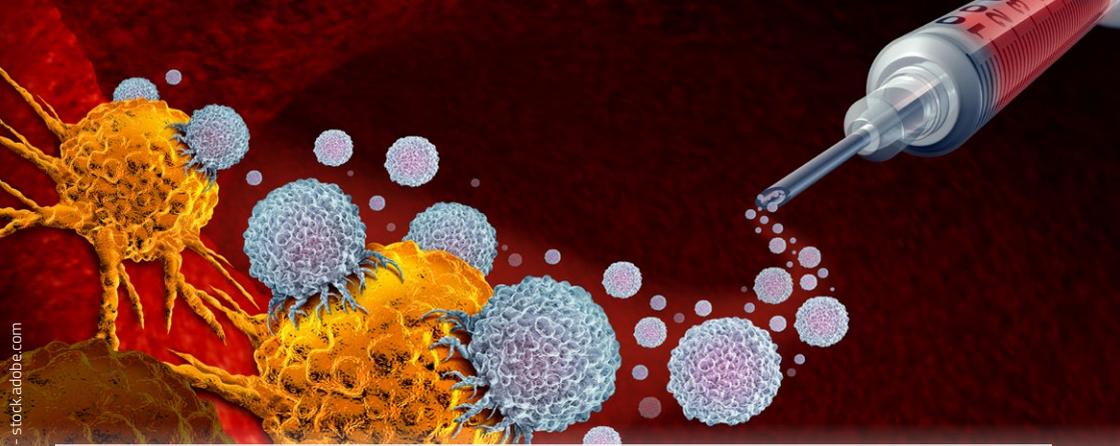
mutet, dass es durch den zytotoxischen Effekt der Mistel zur Nekrose Bildung und Apoptose der Krebszellen kommt. Gegen die entstehenden Tumorzellfragmente als aktive Antigene werden spezifische Antikörper produziert, die gleichzeitig mit Immunactiven Zellen nicht nur in Tumornähe, sondern auch in anderen Organen zu den Krebszellendestruktionen führen können. Diesen Mechanismus konnten Wissenschaftler mit Hilfe der SEREX-Methode (serological analysis of antigens by recombinant expression cloning) bestätigen. Es ist gelungen aus den meisten, wenn nicht sogar allen menschlichen Tumoren, multiple Antigene nachzuweisen.

Die intratumorale Misteltherapie hat auch gute Perspektiven bei der Radiofrequenz induzierten Thermotherapie (RFITT). Bei dieser erfolgsversprechenden Therapieform komme es durch thermisch induzierte Tumornekrosen häufig zu Abszessbildungen. Die abgeschwächten thermischen Effekte an den Tumorrändern führen zum Überleben einzelner Tumorzellen und damit zu Lokalrezidiven.

Erste Ergebnisse des gleichzeitigen Einsatzes von Radiofrequenzablation und intratumoraler Misteltherapie hätten eine verbesserte Resorption der Nekrosen mit verminderter Abszessbildung sowie Reduzierung von Lokalrezidiven. Diese Kombination mit Thermoablation hat eine synergische Wirkungsverstärkung und zeigt ein großes Zukunftspotenzial.

Der wässrige Kiefer-Mistel-Extrakt

Auf Grund meiner fast 30-jährigen Erfahrung mit intratumoralen Misteltherapien können sämtliche soliden Malignome mit nachgewiesener onkologischer Sicherheit



freshidea - stock.adobe.com

behandelt werden. Vor allem bei Lymphknoten-Metastasen, Lunge-, Brust-, Prostata-, Leber-, Bauch-, Becken-, Knochen primäre Tumoren und Metastasen sind Remissionen und Tumorrückbildung von über 80 % zu erwarten. Bei der Mehrheit von Tumoren ist eine Ultraschall- oder CT-gestützte perkutane Mistelinjektion ausreichend.

Wir haben viele Mistelpräparate ausprobiert, und die beste Wirkung in der Intratumoralen Therapie hat ein wässriger Kiefern-Mistel-Extrakt - Helixor P. Abhängig von der TumorgroÙe spritzen wir zwischen 50 und 100 mg Helixor P: In den ersten 2 Tagen kommt es zur inflammatorischen Reaktion mit Tumorvergrößerung – Ödem. Die Temperatur im Tumor erhöht sich um 2-3 Grad. Bei der Blutuntersuchung sind Entzündungswerte und die Lymphozyten erhöht.

Welche Nebenwirkungen kann es geben?

Bei der intratumoralen Applikation traten deutlich mehr Nebenwirkungen auf als bei der subkutanen Anwendung. Diesen Effekt kann man erklären mit der um eine vielfach erhöhte Konzentration im Zielgebiet, und ist mit einer höheren

Wirksamkeit assoziiert. Die auftretenden Nebenwirkungen waren in keinem Fall schwerwiegend oder lebensbedrohlich. Am meisten berichten Patienten in den ersten 24 Stunden über:

- **Druck und Schmerzen in der Injektionsstelle**
- **Leichtes Fieber und Gliederschmerzen**
- **Selten Schüttelfrost**
- **Starke Müdigkeit**
- **Durst**
- **Kontraindikationen sind generell allergische Reaktionen auf Mistel-Präparate, Autoimmunerkrankungen, Thyreoiditis und hämatologische Neoplasien**

Die Intratumorale Mistelbehandlung ist eine offiziell noch nicht zugelassene Therapie und erfordert die Einverständniserklärung des Patienten. Die Intratumorale Misteltherapie benötigt eine gewisse Erfahrung und ein regelmäßiges Monitoring des onkologischen Patienten besonders in der palliativen Situation.

Mit der direkten intratumoralen Medikamentengabe bietet sich eine minimal invasive, ambulant durchführbare Behandlungsoption für maligne, nicht operable Tumoren.

Hinweis: Zu diesem Beitrag gibt es umfassende Literaturquellen. Sie können diese gerne bei uns anfordern: info@eanu.de

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Immer gemeinsam – Nie alleine



Foto: Elmar Wiegand

Im Portrait dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs vor. Pro Jahr erkranken etwa 16.500 junge Menschen zwischen 18 und 39 Jahren an Krebs. Damit verbunden sind nicht nur gravierende Einschnitte in die gesamte Lebens- und Zukunftsplanung, sondern auch andere Probleme und Herausforderungen als bei älteren Krebspatienten.

Diagnose Krebs: Plötzlich sehen sich die Betroffenen mit besonderen Problemen und Entscheidungen, auch außerhalb der Krankheit, konfrontiert. Neben der bestmöglichen medizinischen Krebstherapie rücken auch Themen wie der Kinderwunsch und die Familienplanung, eine mögliche Unterbrechung des Ausbildungsweges oder wirtschaftliche und soziale Notlagen in den Vordergrund. Da-

mit lässt die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs die Patientinnen und Patienten nicht allein.

Im Juli 2014 von der DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. gegründet, setzt sie als zentrale Anlaufstelle genau hier an und möchte durch die Förderung von Wissenschaft und Forschung sowie des

öffentlichen Gesundheitswesens junge Menschen mit Krebs unterstützen und begleiten. Die Stiftung versteht sich als Ansprechpartnerin für alle Fragen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Wissenschaftlern, Unterstützern und der Öffentlichkeit. Sie entwickelt alle ihre Projekte in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen, die sich in den TREFFPUNKTEN der Stiftung und dem 2019 gegründeten Patientenbeirat engagieren. Dadurch entstehen sehr authentische und niederschwellige Hilfsangebote.

Das JUNGE KREBSPORTAL (www.junges-krebsportal.de)

Unter dem Titel JUNGES KREBSPORTAL stellt die Deutsche Stiftung den jungen Betroffenen eine umfangreiche Wissenssammlung zur Verfügung. Neben der Möglichkeit, sich über aktuelle Gesetzeslagen zu informieren, finden die jungen Erwachsenen hier auch Beratungsangebote und Hilfestellungen von Gleichaltrigen.

Jung & Krebs - Erste Hilfe

Anhand individueller Erfahrungen wird vom Umgang mit der Diagnose, der Erkrankung und der Bewältigung mit der Situation berichtet. In verschiedenen Videoclips kommen junge Betroffene zu Wort und stellen sich Fragen und Problemen, die direkt nach der Diagnose entstehen. Neben den Videos gibt es dazu auch den bekannten pinken „Erste-Hilfe-Flyer“.

Individuelle Beratung

Mit Hilfe eines onlinebasierten kostenfreien Portals können Krebspatientinnen und Krebspatienten individuelle Frage-

stellungen (zu den Themen: Sozialrechtliche Fragestellungen, Veränderungen des Hormonhaushaltes, Immundefekte und Integrative Krebsmedizin) an ein hochqualifiziertes Beraterteam richten und erhalten in Online-Chats, Telefongesprächen oder persönlichen Gesprächen vor Ort Antworten.

Jung & Krebs – Online-Sprechstunde

Seit der Zeit der Corona-Pandemie bietet die Stiftung Betroffenen die Möglichkeit, in regelmäßigen Online-Sprechstunden individuelle Fragen zu Ihrer Erkrankung oder aktuellen Themen zu stellen. Experten beantworten diese allgemeinen und speziellen Fragen über Medizin und die Stiftungsarbeit dann im Livestream. Die Sprechstunden finden alle zwei Wochen mittwochs von 18-19 Uhr statt. Die nächsten Termine werden immer rechtzeitig auf der Website der Stiftung bekannt gegeben.

Austausch und ein Wir-Gefühl in den TREFFPUNKTEN der Stiftung

Junge Menschen, die an Krebs erkrankt sind oder waren, suchen in Deutschland oft vergeblich nach persönlichem Austausch und Vernetzungsmöglichkeiten mit gleichaltrigen Betroffenen in ihrer Region. Um das zu ändern, gibt es bundesweit die TREFFPUNKTE der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs. In mittlerweile 33 regionalen Gruppen schließen sich junge engagierte Betroffene im Alter zwischen 18 und 39 Jahren zusammen, um sich gegenseitig zu unterstützen und gemeinsam neue Wege zu gehen. Mittlerweile tauschen sich so bereits deutschlandweit über 1.200 Betroffene aus und werden gemeinsam aktiv.

Neben der Unterstützung anderer Betroffener informieren und sensibilisieren die TREFFPUNKTE die Öffentlichkeit über die Erkrankung und den Umgang mit dieser in verschiedenen Lebensbereichen. Dies kann in Form einer Standbetreuung auf einem Patiententag, einem Vortrag vor Medizinstudierenden oder einer regional initiierten Spendenaktion im Einkaufszentrum vor Ort erfolgen. Auch die direkte schriftliche Ansprache von Bundestagsabgeordneten ist eine Möglichkeit, auf Versorgungslücken hinzuweisen, Rahmenbedingungen zu ändern und die Situation der jungen Betroffenen dadurch zu verbessern. Diese erhielten bspw. in einer treffpunktübergreifenden Briefaktion die dringende Bitte, sich für die Kostenübernahme der Lagerungskosten von Eizellen und Spermien zum Fruchtbarkeitserhalt einzusetzen.

Außerdem gehören gemeinsame Aktivitäten, Expertenrunden zu speziellen Themen und die Mitarbeit bei Projekten der Stiftung zum Alltag der Gruppen. Auch die Netzwerkarbeit mit anderen regionalen Initiativen und Organisationen ist Teil der Aktivitäten der TREFFPUNKTE.

Digital unterwegs mit regelmäßigen Webinaren

Seit Anfang 2019 gibt es einmal im Monat einen halbstündigen Online-Experten-Vortrag zu zielgruppenrelevanten Themen mit anschließender offener Fragerunde. Die Themen orientieren sich am aktuellen Bedarf der jungen Betroffenen und bieten in einem geschützten und anonymen Raum die Möglichkeit, sich umfassend zu informieren. Beispiele bisheriger Themen: Sexualität, Progredienz- und Rezidivangst, Tipps und Hinweise zur Nachsorge, Bewegung und Sport bei Krebs. Ende Juni 2020 wird es ein Webinar zum Thema „Psychoonkologische Unterstützung“ geben, bei dem die Betroffenen die Möglichkeit haben, alle Fragen zu stellen, die sie schon immer beschäftigten.

Aufklärungskampagnen

„Krebs und Armut“

Finanzielle Sorgen stehen in der Spitzengruppe der Beeinträchtigungen in den Untersuchungen zur Lebensqualität junger Krebspatientinnen und -patienten.



Foto: Marcel Schürmann

Aktuelle Hintergründe und die Lage der Betroffenen wurde in einer gemeinsam mit der DGHO e. V. erstellten Schriftenreihe untersucht. Der Band gibt einen Überblick über finanzielle Belastungen, Lücken in der sozialen Absicherung und macht konkrete Vorschläge für Verbesserungen.

Darüber hinaus fordert die Stiftung die Erschließung der derzeit noch verstreuten Datenbestände, die Förderung der Forschung auf diesem Gebiet und konkrete Schritte zur Verbesserung der finanziellen und sozialen Situation der Betroffenen. Gemeinsam mit einer TREFFPUNKTE übergreifenden Arbeitsgruppe junger Betroffener wird aktuell an konkreten Hilfsangeboten gearbeitet, die Betroffene in den Bereichen Ausbildung, Studium und Beruf unterstützen sollen.

„Der Krebs fährt mit“

In der Altersgruppe der jungen Betroffenen im Alter zwischen 18 und 39 Jahren können über 80 % von ihnen mittlerweile geheilt werden. Doch „geheilt“ bedeutet nicht gleichzeitig „gesund“. Viele Betroffene leiden im Anschluss an ihre Therapien an Langzeitfolgen wie Konzentrationsproblemen, Fatigue, körperlichen Einschränkungen, psychischen Belastungen oder dem Fertilitätsverlust.

Die Aufklärungskampagne „Der Krebs fährt mit“ rückte diese Langzeitfolgen in den Fokus und machte Betroffene und die allgemeine Öffentlichkeit auf

das Thema aufmerksam. Zur Kampagne gehören Video-Clips, die unterhaltsam, nachdenklich und überraschend Alltagssituationen von jungen Krebspatienten zeigen sowie Stimmen und Geschichten von Betroffenen zu ihren Erfahrungen.

Promotionsstipendien

Jährlich vergibt die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs Promotionsstipendien mit dem Ziel, Wissenschaft und Forschung sowie das öffentliche Gesundheitswesen im Bereich von Krebserkrankungen bei jungen Erwachsenen zu fördern. Die aktuelle Bewerbungsfrist läuft noch bis zum 30. Juni 2020. Die Wissenschaftsförderung richtet sich an Akademikerinnen und Akademiker aller Fachrichtungen, die zu einem der folgenden Themenkomplexe forschen:

- **Allgemeiner Themenkomplex: „Krebserkrankungen bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 39 Jahren“**
- **Spezielle Themenkomplexe:**
 - **„Junge Erwachsene mit Krebs unter dem Schwerpunkt finanzielle und soziale Folgen“**
 - **„Junge Erwachsene mit Krebs unter dem Schwerpunkt Datenerhebung“ Auswertung vorhandener Krebsregisterdaten zu Details in Diagnose und Stadium junger Krebspatienten.**
 - **„Junge Erwachsene mit Krebs unter dem Schwerpunkt Medien und Kommunikation“**

KONTAKT

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Chausseestraße 50 ▪ Seitenflügel rechts, 1. OG ▪ 10115 Berlin

Telefon: +49 (0)30 28 09 30 56 - 0 ▪ info@junge-erwachsene-mit-krebs.de

<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de>

Ein hoher Alkoholkonsum steigert das Risiko für sieben Krebsarten



pavelkant - stock.adobe.com

Alkohol gehört zu den bekanntesten und am meisten konsumierten, legalen Drogen. 9,3 Millionen Menschen in Deutschland zwischen 18 und 69 Jahren weisen einen gesundheitsschädigenden hohen Alkoholkonsum auf. In diesem Beitrag geht unser wissenschaftlicher Leiter Dr. med. Andreas Wasylewski auf den Zusammenhang mit Krebserkrankungen ein.

Im Jahre 2018 wurden Untersuchungen der Trinkgewohnheiten von 600.000 Menschen aus 19 Ländern publiziert. Das Ergebnis: Je mehr Alkohol getrunken wird, desto höher ist das Erkrankungsrisiko. Werden pro Woche mehr als 200 Gramm Alkohol aufgenommen, verkürzt sich die Lebenserwartung bereits um ein bis zwei Jahre. Bei über 350 Gramm pro Woche sind es bereits fünf Jahre. Viele Menschen wissen nicht, dass Alkohol

Krebs hervorrufen kann. Es ist aber eindeutig nachgewiesen, dass es zwischen Alkoholkonsum und Krebs einen direkten Zusammenhang gibt.

Forschung eindeutig: Zu viel Alkohol erhöht das Krebsrisiko

Wie die letzten Forschungsergebnisse zeigen, sind weltweit 5,5 Prozent aller Krebserkrankungen und 5,8 Prozent aller

Krebstodesfälle auf den Alkoholkonsum zurückzuführen. Am stärksten war der Zusammenhang bei Speiseröhrenkrebs – hier hatte Alkohol einen Anteil von rund 48 Prozent bei Männern und 36 Prozent bei Frauen.

Der Genuss von Alkohol erhöht auch das Risiko für Brustkrebs. Diese Krebsart tritt bei mehr als einem Viertel der 704.000 jährlich neu diagnostizierten Krebsfälle im Zusammenhang mit Alkohol auf, gefolgt von Darmkrebs mit 23 Prozent.

Ein großes Problem: Es reichen schon moderate Mengen Alkohol, um das Krebsrisiko zu erhöhen. Schon weniger als zwei Gläser Wein pro Tag steigern das Risiko für Brustkrebs um fünf bis zehn Prozent.

Betroffen sind vor allem Personen in wohlhabenden Regionen wie Nordamerika, Australien und Europa und dies gilt für folgende sieben Tumorarten, die bei regelmäßigem Trinken von Alkohol auftreten:

- **Brustkrebs**
- **Dickdarmkrebs**
- **Speiseröhrenkrebs**
- **Leberkrebs**
- **Tumore der Mundhöhle**
- **Rachenkrebs**
- **Kehlkopfkrebs**



hiddenhallow - stock.adobe.com

Wo ist der Zusammenhang zwischen Alkohol und Krebs?

Alkohol selbst ist nicht direkt krebserregend. Er wird im Körper allerdings durch Oxidationsprozesse in Acetaldehyd umgewandelt, was zur Schädigung des Erbgutes, Mutationen in der DNA von Stammzellen und somit auch zu Krebsentstehung führt. Zudem erleichtert Alkohol vermutlich anderen Substanzen, ihre krebserregende Wirkung zu entfalten. Für den Bereich der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre wurden solche krebserregenden Effekte von Alkohol nachgewiesen. Besonders ungünstig wirkt sich das Zusammenreffen von Alkohol und Rauchen aus – vor allem Krebserkrankungen im oberen Verdauungs- und Atemtrakt sind hier von betroffen.

Es bleibt nur eine Alternative: wenig Alkohol!

Durch den Alkohol wird die Schleimhaut im Mund durchlässiger und schädliche Substanzen, beispielsweise aus dem Tabakrauch, können vermehrt in den Körper gelangen. Die synergische Wirkung beider Substanzen wird noch mehr verstärkt.

Für Personen, die gern alkoholische Getränke genießen, bleibt nur eine Alternative: ein moderater Alkoholkonsum, also maximal 10 bis 20 Gramm pro Tag. Denn es gibt auch positive Effekte von moderatem Alkoholkonsum auf Herz- und Kreislauferkrankungen.

Mein Tipp: Am besten ein Glas Rotwein (200 ml) zum Essen – mehr nicht.



Dr. med. Andreas Wasylewski
Herausgeber der Aktuellen Gesundheitsnachrichten

Quellen

Pelucchi, C. et al.: Alcohol Consumption and Cancer Risk. Nutrition and Cancer 2011, 63(7):983-990

Wienecke, A. et al.: Incident cancers attributable to alcohol consumption in Germany, 2010. Cancer Causes and Control, Onlinevorabveröffentlichung am 24. März 2015, 10.1007/s10552-015-0566-8

Wood Angela M et al: Risk threshold for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599912 current drinkers in 83 prospective studies. Hrsg. In: The Lancet. April 2018.

Von Koh: Alkohol: Obergrenze für risikoarmen Konsum neu definiert. Pressemitteilung des DKFZ vom 13.04.2018.

Alkohol und Krebs: Vom Genuss zur Gefahr. DKFZ, Stand: 13.04.2018.

Garayoechea J I et al: Alcohol and endogenous aldehydes damage chromosomes and mutate stem cells. Nature. Onlinepublikation vom 03.01.2018.

Wasylewski A.: Gesund genießen mit Wein. Forum Wein und Gesundheit. 1.01.2009



EANU LINKTIPPS

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie hier

[www.dassuchtportal.de/alkoholiker-erkennen-](http://www.dassuchtportal.de/alkoholiker-erkennen-verhaltensmuster-von-alkoholikern/)

[verhaltensmuster-von-alkoholikern/](http://www.dassuchtportal.de/alkoholiker-erkennen-verhaltensmuster-von-alkoholikern/)

www.kenn-dein-limit.info/alkoholabhaengigkeit.html

KREBSRISIKO NIKOTIN

Mit drei Maßnahmen könnten eine Million Krebsfälle vermieden werden

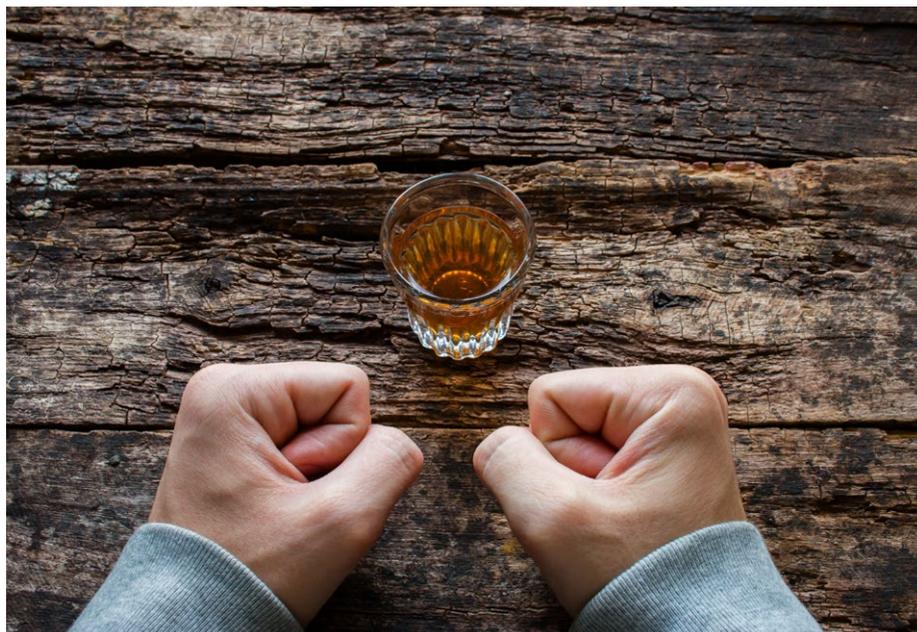
Wiederholte Steuererhöhungen, ein umfassendes Tabakwerbeverbot sowie eine einheitliche neutrale Verpackung für alle Zigarettenmarken: Würden diese drei wirksamkeitserprobten Tabakkontrollmaßnahmen von heute an in Deutschland konsequent umgesetzt, so könnten bis 2050 eine Million Krebsfälle vermieden werden, haben Wissenschaftler im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) nun durch Modellrechnungen ermittelt.

DKFZ-Experten hatten erst kürzlich ermittelt, dass jede 5. Krebsneuerkrankung in Deutschland auf das Konto von Tabakrauch geht. Auch wenn während der letzten Jahrzehnte die Zahl der Raucher messbar zurückgegangen ist, so hängt hierzulande immer noch ein vergleichsweise hoher Anteil der Bevölkerung am Glimmstängel (Männer, 26,4 Prozent, Frauen 18,6 Prozent). "Durch konsequente Tabakkontrollmaßnahmen ließe sich langfristig eine wirklich substanzielle Zahl von Krebsneuerkrankungen vermeiden", sagt Ute Mons vom Deutschen Krebsforschungszentrum. Die Epidemiologen um Ute Mons und Hermann Brenner haben nun mit Modellrechnungen ermittelt, was eine konsequente Tabakkontrollpolitik für die Gesundheit der Deutschen tatsächlich bringen würde. Wenn von jetzt an zentrale wirksamkeitserprobte Tabakkontrollmaßnahmen auch in Deutschland umgesetzt würden, wieviel Krebsfälle ließen sich innerhalb der kommenden 30 Jahre vermeiden?

Mons und Kollegen berechneten die drei Interventionszenarien (Wiederholte Steuererhöhungen, ein umfassendes Tabakwerbeverbot sowie eine einheitliche neutrale Verpackung für alle Zigarettenmarken:) zunächst einzeln, da sie das Rauchverhalten unabhängig voneinander beeinflussen und daher kombinierbar sind. Ohne zusätzliche Tabakkontrollmaßnahmen errechneten die Wissenschaftler auf der Basis des heutigen Rauchverhaltens und des derzeitigen jährlichen Rückgangs der Raucherquote für 2050 einen Raucheranteil von 14,8 Prozent bei den Männern und 10,2 Prozent bei den Frauen. Würden die drei Tabakkontrollmaßnahmen heute eingeführt, so rauchten 2050 voraussichtlich nur noch 9,7 Prozent der Männer und 6,7 Prozent der Frauen. Daraus errechnet sich bis 2050 ein Rückgang der tabakbedingten Krebsfälle um 14 Prozent bei Männern sowie um rund 12 Prozent bei Frauen. Was dies in konkreten Zahlen bedeutet, erläutert Thomas Gredner, der Erstautor der Studie: "Im Vergleich zu einem "weiter so wie bisher" in Sachen Tabakkontrolle könnten wir mit der Umsetzung dieser drei Maßnahmen innerhalb der kommenden 30 Jahre über eine Million Krebsfälle in Deutschland vermeiden."

Quelle: Thomas Gredner, Tobias Niedermaier, Hermann Brenner, Ute Mons: Impact of tobacco control policies on smoking-related cancer incidence in Germany 2020 to 2050 - a simulation study, Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention 2020. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-19-1301

Bin ich alkoholgefährdet?

Machen Sie einen Selbsttest.
Und seien Sie ehrlich zu sich!

itakdalee - stock.adobe.com

Dieser Test wurde herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation WHO. Er kann Ihnen eine Richtung geben, ob Sie mit Ihrem Alkoholkonsum noch im grünen Bereich liegen. Sollte dies nicht der Fall sein, dann lassen Sie sich bitte helfen!

Markieren Sie dazu die für Sie zutreffenden Antworten, summieren Sie dann die Punkte und lesen Sie bitte erst zum Schluss die Auswertung!

1

Wie oft trinken Sie alkoholhaltige Getränke?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal im Monat | 1 |
| <input type="checkbox"/> 2-4 mal im Monat | 2 |
| <input type="checkbox"/> 2-3 mal in der Woche | 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 mal oder öfters die Woche | 4 |

2

Wie viele Standardgetränke konsumieren Sie an einem typischen Tag, an dem Sie trinken?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 oder 2 | 0 |
| <input type="checkbox"/> 3 oder 4 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 5 oder 6 | 2 |
| <input type="checkbox"/> 7 oder 8 | 3 |
| <input type="checkbox"/> 10 oder mehr | 4 |

Ein Standardgetränk ist 1 kleines Bier (1 Seidel bzw. 1 Dose Bier), 1/8 Wein oder 1 einfacher Schnaps.

3

Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Standardgetränke bei einer derartigen Gelegenheit?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal im Monat | 1 |
| <input type="checkbox"/> monatlich | 2 |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | 3 |
| <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | 4 |

4

Wie oft im letzten Jahr haben Sie festgestellt, dass Sie nicht zu trinken aufhören können, wenn Sie einmal angefangen haben?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal im Monat | 1 |
| <input type="checkbox"/> monatlich | 2 |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | 3 |
| <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | 4 |

5

Wie oft während des letzten Jahres waren Sie nicht in der Lage, Ihre Aufgaben zu erfüllen, weil Sie getrunken haben?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal im Monat | 1 |
| <input type="checkbox"/> monatlich | 2 |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | 3 |
| <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | 4 |

6

Wie oft im letzten Jahr benötigten Sie morgens ein alkoholisches Getränk, um nach einem «alkoholhaltigen» Abend wieder auf die Beine zu kommen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal | 1 |
| <input type="checkbox"/> monatlich | 2 |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | 3 |
| <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | 4 |

7

Wie oft im letzten Jahr hat es Ihnen leid getan oder haben Sie sich schuldig gefühlt, nachdem Sie Alkohol getrunken haben?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal im Monat | 1 |
| <input type="checkbox"/> monatlich | 2 |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | 3 |
| <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | 4 |

8

Wie oft im letzten Jahr konnten Sie sich an Ereignisse des Vortages nicht erinnern, weil Sie Alkohol getrunken haben?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nie | 0 |
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 mal im Monat | 1 |
| <input type="checkbox"/> monatlich | 2 |
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | 3 |
| <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich | 4 |

9

Sind Sie oder eine andere Person infolge Ihres Trinkens verletzt worden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein | 0 |
| <input type="checkbox"/> ja, aber nicht im letzten Jahr | 2 |
| <input type="checkbox"/> ja, während des letzten Jahres | 4 |

10

Hat sich ein/e Verwandte/r oder Freund/in, ein Arzt/Ärztin oder eine andere medizinisch geschulte Person über Ihre Trinkgewohnheiten beunruhigt gezeigt oder Ihnen empfohlen, sich einzuschränken?

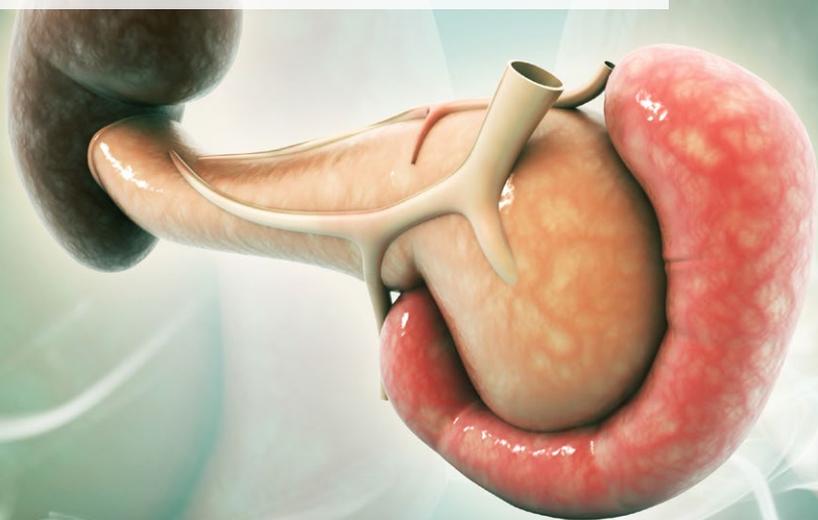
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein | 0 |
| <input type="checkbox"/> ja, aber nicht im letzten Jahr | 2 |
| <input type="checkbox"/> ja, während des letzten Jahres | 4 |

Ergebnis Selbsttest: Bin ich alkoholgefährdet?

Mehr als 5 Punkte: Ihr Alkoholkonsum hat ein Ausmaß erreicht, das bereits gesundheitsschädlich sein könnte.

Mehr als 8 Punkte: Ihr Alkoholkonsum hat ein Ausmaß erreicht, das schädlich für Ihre Gesundheit ist. Sie sind stark gefährdet, alkoholabhängig zu werden und könnten bereits unter den Folgeerscheinungen des Alkoholmissbrauchs leiden.

Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms



RA/CREATIONZS - stock.adobe.com

Für die Patienten, die an Bauchspeicheldrüsenkrebs erkranken, sind Fortschritte in Diagnostik dringend notwendig, um das bisher sehr schlechte Langzeitüberleben zu verbessern. In dieser Ausgabe veröffentlichen wir einen Beitrag von Prof. Dr. med. Martin E. Kreis, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie an der Charité Berlin und PD Dr. med. Carsten H. Kamphues, Oberarzt an der Klinik, zu diesem Thema. Zu beachten ist auch: Nach Prognosen könnte Bauchspeicheldrüsenkrebs bereits im Jahre 2030 die zweithäufigste Tumorerkrankung sein.

Das Bauchspeicheldrüsenkarzinom (Adenokarzinom des Pankreas) stellt heutzutage zwar eine relativ seltene Tumorerkrankung dar und ist mit einer Inzidenz von 12.1/100.000 nur die sechsthäufigste Krebserkrankung bei Frauen bzw. die zehnhäufigste Tumorerkrankung bei Männern in Deutschland[1]. Dennoch ist

das Pankreaskarzinom bereits heute die vierthäufigste krebserkrankte Todesursache in den industrialisierten Ländern, so dass es damit zu den Tumorerkrankungen mit der höchsten krebsspezifischen Sterblichkeit zählt. Experten gehen davon aus, dass aufgrund steigender Prävalenz und der weiterhin eingeschränkten

Therapieoptionen diese Tendenz in den kommenden Jahren noch weiter zunehmen wird, so dass davon auszugehen ist, dass im Jahr 2030 das Pankreaskarzinom weltweit die zweithäufigste tumorbedingte Todesursache sein wird [1, 2].

Frühe Metastasen führen derzeit noch zu schlechter Prognose

Die Gesamtüberlebensrate aller Patienten mit Pankreaskarzinom ist weiterhin sehr schlecht und drückt sich in einer 5-Jahres-Überlebensrate von ca. 10 % aus. Als wesentlicher Faktor für das schlechte Gesamtüberleben der Patienten mit Pankreaskarzinom gilt die frühe Metastasierung, sodass mehr als 50 % der Patienten zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuches bereits Fernmetastasen aufweisen und somit für eine kurative Therapie in der Regel nicht mehr in Frage kommen. Für die über 15.000 Patientinnen und Patienten, die in Deutschland jährlich an Bauchspeicheldrüsenkrebs erkranken, sind Fortschritte in Diagnostik und Therapie daher dringend notwendig, um das bisher sehr schlechte Langzeitüberleben dieser Patienten zu verbessern. Im Folgenden soll daher auf den aktuellen Stand der Diagnostik beim Pankreaskarzinom eingegangen werden. Zudem werden neue Aspekte und Entwicklungen sowohl in der Chirurgie als auch in der nicht-operativen Therapie des Pankreaskarzinoms aufgezeigt, die trotz des weiterhin unbefriedigenden Gesamtüberlebens der Patienten dennoch zu signifikanten Verbesserungen für bestimmte Patientengruppen geführt haben und daher Hoffnung machen, die Prognose für Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs in naher Zukunft deutlich zu verbessern.

Die Diagnostik

Die Symptomatik des Bauchspeicheldrüsenkarzinoms ist, wie bereits erwähnt, sehr unspezifisch und tritt erst spät auf. Bei den deutlich häufiger auftretenden Karzinomen im Bereich des Bauchspeicheldrüsenkopfes, welcher dem Duodenum unmittelbar anliegt, ist der schmerzlose Ikterus, also die Gelbverfärbung von Haut und Skleren durch die Ablagerung des gestauten Bilirubins, ein typisches Erstsymptom. Die selteneren Tumoren des Pankreasschwanzes fallen häufig durch progrediente Rückenschmerzen auf und werden aufgrund der vielfältigen Ursachen der unspezifischen Beschwerden oftmals nicht zeitnah abgeklärt. Weitere mögliche Symptome wie Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme oder Oberbauchschmerzen werden von den Patienten meist nicht zeitkritisch bewusst wahrgenommen, so dass eine unmittelbare Abklärung oftmals nicht erfolgt.

Erste Modalität zur Abklärung neu aufgetretener Oberbauchschmerzen ist in der Regel die Sonographie des Abdomens. Hierbei kann unter Umständen der Tumor als echoarme Raumforderung dargestellt werden, wobei die Sensitivität des Ultraschalls deutlich eingeschränkt ist, nicht zuletzt aufgrund der Abhängigkeit des Verfahrens von der Erfahrung des Untersuchers, den Schallbedingungen oder der technischen Geräteauflösung [3]. Gegebenenfalls können jedoch indirekte Zeichen, wie eine intrahepatische Cholestase oder ein Double-Duct-Sign, also die Darstellung eines gleichzeitig aufgestauten Gallen- und Pankreasgangs, Hinweise auf das Vorliegen eines Pankreaskarzinoms geben, reichen aber zur sicheren Diagnosestellung nicht aus.

Das bildgebende Verfahren der Wahl bei dem Verdacht eines Pankreaskarzinoms stellt daher heutzutage die Dünnschicht-KM-CT mit nativer, arterieller und portalvenöser Phase dar. Mithilfe des CTs können Pankreaskarzinome mit einer Größe von >3 cm mit einer Sensitivität von bis zu 97 % erkannt werden. Für kleinere Tumoren jedoch fällt die Sensitivität auf Werte um 65 %, so dass ergänzend eine Magnetresonanztomographie (MRT), ggf. mit Darstellung der Gallenwege (MRCP), durchgeführt wird, um die diagnostische Sicherheit zu erhöhen[4]. Neben der Darstellung des Primärtumors, welche trotz des Einsatzes neuester CT- und MRT-Techniken heute oftmals weiterhin nicht eindeutig gelingt, soll durch die Schnittbildgebung auch die lokale Resektabilität des Tumors eingeschätzt werden, welche auf dem Verhältnis des Tumors in Bezug auf die großen viszeralen Gefäße beruht. Weiterhin dient die Schnittbildgebung der Suche nach Fernmetastasen, da bei Vorliegen von Fernmetastasen das Therapieziel in der Regel in Richtung einer palliativen Therapie geändert werden muss.

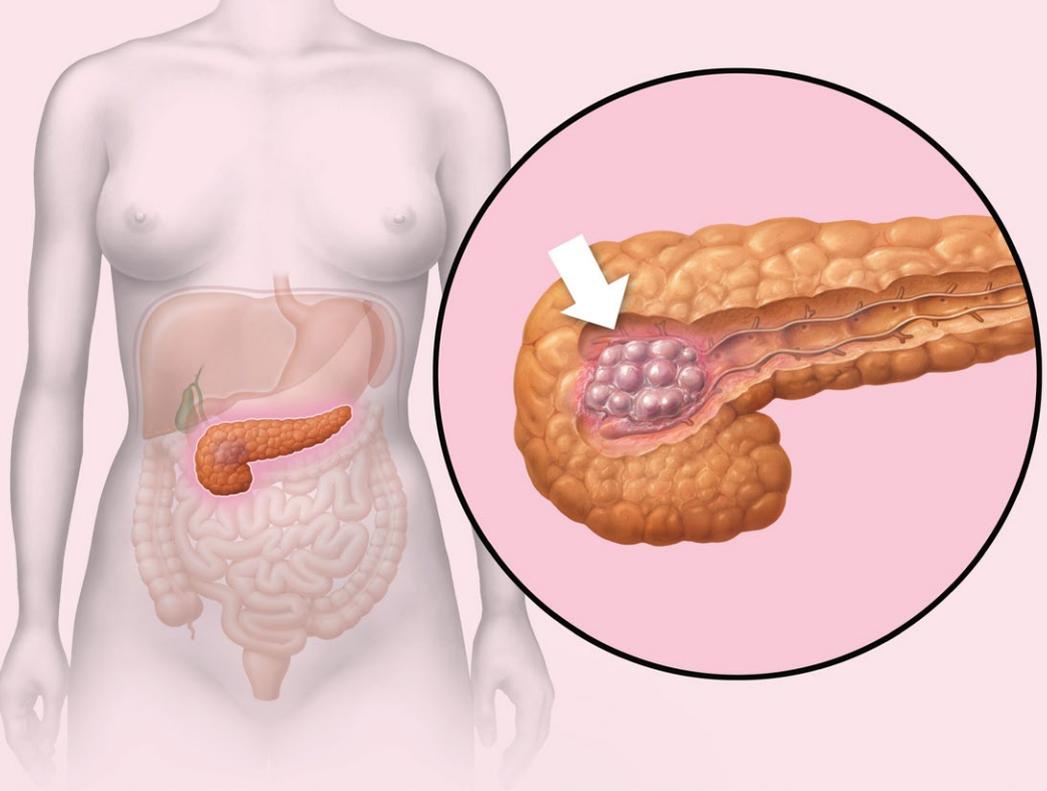
Ergänzend zu den genannten Methoden kann der endoskopische Ultraschall insbesondere bei unklaren Befunden als weiteres Diagnostikum hinzugezogen werden, zumal endosonographisch die Möglichkeit einer Feinnadelpunktion zur histologischen Sicherung besteht. Diese wird bei eindeutiger Bildgebung nicht gefordert, sondern stellt eher bei palliativer Situation eine obligate Voraussetzung vor der Durchführung einer Chemotherapie dar. Eine endoskopische Darstellung der Gallenwege (ERCP) mit ggf. Stenteinlage in den Gallengang kann bei deutlichem Gallenstau (Ikterus) und damit verbundenen Problemen, wie beispielsweise einer

Entzündung der Gallenwege (Cholangitis), erwogen werden, gehört aber ebenfalls nicht zur Routinediagnostik. Besteht im CT der Verdacht einer Peritonealkarzinose, kann eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt werden, um unnötige Laparotomien zu vermeiden.

Operative Therapie

Die einzige potenzielle Heilungsoption für Patienten mit Pankreaskarzinomen stellt heute weiterhin die radikale R0-Resektion dar, also die komplette Entfernung des Tumors ohne Verbleib von Tumorresiduen in der Abdominalhöhle. Das jeweils zum Einsatz kommende Operationsverfahren hängt dabei von der Tumorlokalisation ab.

Whipple-OP vs. pyloruserhaltende Pankreaskopfresektion: Das Verfahren der Wahl bei den häufiger auftretenden Pankreaskopfkarcinomen stellt die Pankreaskopfresektion mit oder ohne Erhalt des Magenpförtners (Pylorus) dar. Bei der bereits vor mehr als 100 Jahren entwickelten Operation nach Whipple wird eine en-bloc-Entfernung von distalem Magen, Duodenum, Pankreaskopf, Gallengang und Gallenblase vorgenommen. Bei der später von Traverso und Longmire beschriebenen pyloruserhaltenden Operation entfällt die Entfernung des distalen Magens. Ein onkologischer Vorteil konnte im Rahmen von zahlreichen randomisierten Studien bisher für keine der genannten Methoden nachgewiesen werden. Ebenso konnten bisher keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Operationen im Hinblick auf postoperative Komplikationen eindeutig nachgewiesen werden, so dass letztlich beide Methoden als gleichwertig angesehen werden können.



Bei den selteneren Tumoren des Pankreasschwanzes wird in der Regel eine Pankreasschwanzresektion mit Entfernung der Milz (Splenektomie) durchgeführt. In den letzten Jahren hat sich hier zunehmend die radikalere Variante der RAMPS-Prozedur (radikale antegrade modulare Pankreatosplenektomie) verbreitet, wobei eine onkologische Überlegenheit bisher nur in einzelnen Metaanalysen gefunden wurde[5].

Karzinome des Pankreaskorpus werden je nach Lokalisation entweder durch eine Pankreaskopf- oder –schwanzresektion operiert, bei ausgedehnten oder multiplen Karzinomen ist eine komplette Duodenopankreatektomie ggf. sinnvoll.

Technik der Pankreasanastomose

Die Anastomosierung des restlichen Pankreas nach Pankreaskopfresektion mit dem Verdauungstrakt stellt eine der größten Herausforderungen für den Chirurgen dar, da Undichtigkeiten dieser Anastomose unter Umständen schwerwiegende Folgen für den Patienten haben können. Sogenannte Pankreasfisteln, die auch in Zentren in ca. 15-20 % der Fälle vorkommen können, müssen konsequent durch Drainagen abgeleitet werden, da ansonsten die Arrosion der Viszeralgefäße durch die ausgetretenen Verdauungssäfte der Bauchspeicheldrüse droht, was lebensbedrohliche Blutungen zur Folge haben kann. Zahlreiche Studien

haben sich daher mit der Suche nach der besten Anastomosierungstechnik nach Pankreaskopfresektion beschäftigt, wobei grundsätzlich eine Ableitung des Pankreassekrets in den Magen (Pankreatogastrostomie) oder das Jejunum (Pankreatojejunostomie) möglich sind.

Die größte deutsche Studie zu diesem Thema (RECOPANC-Studie) konnte diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied im Auftreten von Pankreasfisteln zwischen Patienten mit Pankreatogastrostomie (Fistelrate 20 %) und Pankeatojejunostomie (Fistelrate 22 %) zeigen, wobei bei Patienten mit Pankreatogastrostomie eine signifikant höhere Anzahl an Blutungen auffielen[6]. Weitere internationale Studien zu diesem Thema konnten ebenfalls keinen Vorteil der einen oder anderen Methode belegen, so dass derzeit beide Verfahren als äquivalent betrachtet werden können.

Gefäßrekonstruktionen

Die lokale Operabilität eines Pankreaskarzinoms wird in erster Linie durch die Lagebeziehung des Tumors zu den großen Viszeralgefäßen (Truncus coeliacus, A./V. mesenterica sup., Pfortader etc.) festgelegt. Die Einschätzung der Resektabilität hat sich hier, nicht zuletzt aufgrund großer Fortschritte in der operativen Gefäßrekonstruktion, in den letzten Jahren gewandelt.

Laut der weitverbreiteten Definition des amerikanischen National Comprehensive Cancer Network (NCCN) werden Pankreaskarzinome aufgrund Ihrer Lagebeziehung zu den großen Mesenterialgefäßen in resektabel, borderline-resektabel und nicht resektabel unterschieden (s. Tabelle 1). Während Infiltrationen der V. mesenterica superior oder der Pfortader, auch langstreckig, durch venöse Rekon-

Status	Venös	Arteriell
resektabel	kein Tumorkontakt: Pfortader, VMS oder Tumorkontakt $\leq 180^\circ$: Pfortader, VMS ohne Wandunregelmäßigkeit	kein Tumorkontakt: TC, AMS, AH
Borderline-resektabel	Tumorkontakt $> 180^\circ$: Pfortader, VMS einschließlich Verschluss mit Rekonstruktionsmöglichkeit oder Tumorkontakt: V. Cava oder Tumorkontakt $\leq 180^\circ$: Pfortader, VMS mit Wandunregelmäßigkeit	Tumorkontakt $\leq 180^\circ$: TC, AMS, AH oder Tumorkontakt kurzstreckig $> 180^\circ$: AH am Abgang AGD
Lokal nicht resektabel	nicht rekonstruierbar: Pfortader, VMS oder Tumorkontakt: 1. Jejunalast	Tumorkontakt $> 180^\circ$: TC, AMS oder Tumorkontakt: 1. Jejunalast

TC: Truncus coeliacus, AMS: Arteria mesenterica superior, AH: Arteria hepatic communis, VMS: Vena mesenterica superior

Tabelle 1: Klassifikation der Resektabilität des Pankreaskarzinoms nach NCCN

truktionen heutzutage routinemäßig gelöst werden können, stellen insbesondere höhergradige arterielle Ummauerungen oder Infiltrationen auch heute oftmals weiterhin eine Kontraindikation dar.

Eine seltene Ausnahme kann es diesbezüglich für eine sehr selektive Gruppe von Patienten mit lokal fortgeschrittenem Pankreaskorpuskarzinom mit Infiltration des Truncus coeliacus geben. In ausgewählten Einzelfällen kann bei ausreichender Kollateralisierung über die A. gastroduodenalis eine subtotale Pankreaslinksresektion mit Resektion des Truncus coelicaus durchgeführt werden (Appleby-Operation) und somit Tumorfreiheit trotz arterieller Infiltration erreicht werden[7].

Bei Verdacht auf eine arterielle Infiltration im Bereich der A. mesenterica superior hat sich in den letzten Jahren zudem der sog. Artery-first-approach etabliert[8]. Bei dieser operationstechnischen Strategie wird entgegen des üblichen Ablaufs der Pankreaskopfresektion primär die A. mesenterica superior freipräpariert, um frühzeitig Aufschluss über die Resektabilität des Tumors zu erhalten. Somit können inoperable Befunde ggf. frühzeitig detektiert werden, so dass weitere intra- und postoperative Komplikationen vermieden werden können.

Minimal-invasive Techniken

Die Rolle der minimal-invasiven Techniken in der Chirurgie des Pankreaskarzinoms ist bislang nicht abschließend geklärt. Parallel zur allgemeinen Entwicklung in der Chirurgie kommen heutzutage minimal-invasive Verfahren (laparoskopisch, roboter-assistiert)

zunehmend zur Anwendung, so dass grundsätzlich auch komplexe Eingriffe wie die Pankreaskopfresektion auf diese Weise möglich sind. Dennoch gibt es aktuell lediglich für die Pankreaslinksresektion mehrere Studien mit allerdings eingeschränktem Evidenzlevel, die die laparoskopische Pankreaslinksresektion als sichere Operationsmethode mit vergleichbarem onkologischem Outcome aufzeigen[9, 10].

Für die Pankreaskopfresektion hingegen konnten mehrere Studien bisher keinen onkologischen Vorteil der minimal-invasiven Techniken zeigen bei teilweise deutlich erhöhtem intra- und postoperativem Risiko. Eine Metaanalyse zu diesem Thema aus dem Jahr 2019 zeigte beispielsweise keinen Vorteil des laparoskopischen Vorgehens im Vergleich zur offenen Operation bei jedoch deutlich verlängerter Operationszeit[11]. Die multizentrische randomisiert kontrollierte LEOPARD-2-Studie aus den Niederlanden, die die laparoskopische mit der offenen Pankreaskopfresektion vergleicht, wurde sogar vorzeitig abgebrochen, da sich in der laparoskopischen Gruppe eine 5-fach erhöhte Mortalität, hauptsächlich bedingt durch intraoperative Komplikationen, zeigte[12].

Nach aktueller Evidenzlage gibt es bisher keinen Hinweis für einen Vorteil der minimal-invasiven Techniken bei gleichzeitig deutlich erhöhten Risiken. Die Rolle der roboter-assistierten Eingriffe kann in diesem Zusammenhang aufgrund noch fehlender Studienergebnisse bislang ebenfalls nicht abschließend beurteilt werden. Minimal-invasive Verfahren sollten daher primär nur im Rahmen von Studien zum Einsatz kommen.

Chemotherapie

Die aktuelle Standardtherapie des Pankreaskarzinoms besteht in der operativen Entfernung des Tumors, gefolgt von einer adjuvanten Chemotherapie, bislang meist mit der Standardtherapie Gemcitabin [13]. Neuere Studien konnten jedoch zeigen, dass eine aggressivere Chemotherapie mit modifiziertem FOLFIRINOX (Folinsäure, 5-Fluoruracil, Irinotecan, Oxaliplatin) ein deutlich längeres Überleben ermöglicht als die bisher verwendete Standardtherapie (54,4 Monate vs. 35,0 Monate; $p < 0,001$) [14]. Auch eine Kombinationstherapie, bestehend aus Gemcitabine und Capecitabin, konnte im Vergleich zur Gemcitabin-Monotherapie eine signifikante Überlebensverlängerung erreichen (28,0 Monate vs. 25,5 Monate; $p = 0,032$) [15], so dass Verbesserungen in der adjuvanten Therapie in den letzten Jahren durchaus erzielt werden konnten.

Neben der adjuvanten Therapie hat auch die neoadjuvante Chemotherapie, also die Vorbehandlung des Patienten vor der Operation, mittlerweile eine Berechtigung in der Therapie des Pankreaskarzinoms erworben. In mehreren prospektiven randomisiert kontrollierten Studien konnte in den letzten Jahren ein deutlicher Überlebensvorteil einer neoadjuvanten Vorbehandlung bei Patienten mit borderline-resektablen Pankreaskarzinomen gezeigt werden. Exemplarisch zeigte eine Studie aus Korea durch den Einsatz einer neoadjuvanten Radiochemotherapie beim borderline-resektablen Pankreaskarzinom eine Verlängerung des Gesamtüberlebens (21 Monate vs. 12 Monate; $p = 0,028$) sowie eine deutlich höhere Rate an R0-Resektionen

(51,8 % vs 26,1 %; $p = 0,004$) [16]. Insgesamt ist durch diese und andere Studien die neoadjuvante Therapie des borderline-resektablen Karzinoms mittlerweile etabliert, wobei die Studien im Hinblick auf die neoadjuvanten Therapieregime sehr heterogen sind und daher die Frage nach der optimalen Therapie noch offen ist [17].

Für das primär resektable Pankreaskarzinom lassen erste retrospektive Studien ebenfalls einen Vorteil einer neoadjuvanten Therapie vermuten [18]. Die Ergebnisse der in Deutschland durchgeführten NEONAX-Studie (neoadjuvant + adjuvant vs. adjuvant) beim resektablen Pankreaskarzinom werden diesbezüglich erwartet und könnten Aufschluss darüber liefern, ob auch primär resektable Karzinome von einer Vorbehandlung profitieren könnten. Bis dahin ist die neoadjuvante Chemotherapie beim resektablen Karzinom kein Standard und sollte nur im Rahmen von Studien eingesetzt werden. Zusammenfassend jedoch konnte in den letzten Jahren durch zahlreiche Studien die derzeitige Standardtherapie des Pankreaskarzinoms bereits verbessert werden. Zahlreiche Studien sowohl zur adjuvanten als auch zur neoadjuvanten Therapie laufen derzeit, so dass hier weiterhin Entwicklungen zu erwarten sind, die letztlich das Überleben der Patienten verbessern könnten.

Oligometastasierung

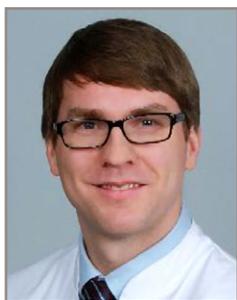
Bei der Mehrzahl der Patienten mit Pankreaskarzinom werden bereits bei der initialen Diagnostik Fernmetastasen festgestellt. Diese galten in der Vergangenheit und gelten laut aktueller Leitlinie weiterhin als Kontraindikation

für eine Resektion. Retrospektive Daten lassen jedoch vermuten, dass bestimmte Patientensubgruppen von einer Primärtumor- und Metastasenresektion profitieren könnten, so dass das kategorische Ablehnen operativer Therapieoptionen im metastasierten Stadium durchaus überdacht werden sollte. Erste klinische Studien, bei denen im oligometastasierten Stadium der Effekt einer operativen Therapie analysiert werden soll, sind derzeit in den Startlöchern, so dass die Chirurgie in Zukunft eventuell auch bei Patienten in der metastasierten Situation eine Rolle spielen könnte.

Zusammenfassung

Zusammenfassend stellt das Pankreaskarzinom heutzutage eine Tumorentität mit wachsender Relevanz und weiterhin

unzufrieden stellender Prognose für die Patienten dar. Dennoch konnten in den letzten Jahren im chirurgischen Bereich, insbesondere durch die Möglichkeit komplexerer Gefäßrekonstruktionen, die Indikationen zur operativen Therapie ausgeweitet und dadurch mehr Patienten einer möglichen kurativen Therapie zugeführt werden. Zudem lassen die Entwicklungen der perioperativen Therapie, vor allem durch die Entwicklung neuer Therapieregime und den Einsatz neoadjuvanter Konzepte, auf eine deutliche Verbesserung des Patientenüberlebens hoffen. Zahlreiche Studien zu diesen Themen sind derzeit unterwegs, so dass die medizinische Forschung weiterhin an verschiedenen Stellen Möglichkeiten entwickelt, um die Prognose der Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs stetig zu verbessern.



AUTOR

PD Dr. med. Carsten H. Kamphues

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin



AUTOR

Prof. Dr. med. Martin E. Kreis

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin



Die schwierige Situation nach einer Bauchspeicheldrüsen Operation brachte im Jahre 1976 Betroffene auf die Idee, unter dem Motto „Hilfe durch Selbsthilfe“ in Heidelberg den Arbeitskreis der Pankreatektomierten (AdP) zu gründen. Das Ziel des AdP ist die Förderung der Gesundheit und Rehabilitation von partiell und total Pankreatektomierten sowie nicht operierten Bauchspeicheldrüsen-erkrankten unter besonderer Berücksichtigung der Bauchspeicheldrüsen-Krebspatienten und ihrer Angehörigen. Der Verein ist hier erreichbar:

www.bauchspeicheldruese-pankreas-selbsthilfe.de

Literatur

1. Quante, A.S., et al., Projections of cancer incidence and cancer-related deaths in Germany by 2020 and 2030. *Cancer Med*, 2016. 5(9): p. 2649-56.
2. Rahib, L., et al., Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res*, 2014. 74(11): p. 2913-21.
3. Kulig, P., R. Pach, and J. Kulig, Role of abdominal ultrasonography in clinical staging of pancreatic carcinoma: a tertiary center experience. *Pol Arch Med Wewn*, 2014. 124(5): p. 225-32.
4. Wong, J.C. and D.S. Lu, Staging of pancreatic adenocarcinoma by imaging studies. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008. 6(12): p. 1301-8.
5. Huo, Z., et al., Comparison of Radical Antegrade Modular Pancreatoduodenectomy with Standard Retrograde Pancreatoduodenectomy for Left-Sided Pancreatic Cancer: A Meta-Analysis and Experience of a Single Center. *Med Sci Monit*, 2019. 25: p. 4590-4601.
6. Keck, T., et al., Pancreatogastrostomy Versus Pancreatojejunostomy for REConstruction After PANcreatoduodenectomy (RECO-PANC, DRKS 0000767): Perioperative and Long-term Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Ann Surg*, 2016. 263(3): p. 440-9.
7. Mollberg, N., et al., Arterial resection during pancreatectomy for pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*, 2011. 254(6): p. 882-93.
8. Sanjay, P., et al., 'Artery-first' approaches to pancreatoduodenectomy. *Br J Surg*, 2012. 99(8): p. 1027-35.
9. Venkat, R., et al., Laparoscopic distal pancreatectomy is associated with significantly less overall morbidity compared to the open technique: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*, 2012. 255(6): p. 1048-59.
10. van Hilst, J., et al., Minimally Invasive versus Open Distal Pancreatectomy for Ductal Adenocarcinoma (DIPLOMA): A Pan-European Propensity Score Matched Study. *Ann Surg*, 2019. 269(1): p. 10-17.
11. Nickel, F., et al., Laparoscopic Versus Open Pancreatoduodenectomy: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg*, 2020. 271(1): p. 54-66.
12. van Hilst, J., et al., Laparoscopic versus open pancreatoduodenectomy for pancreatic or periampullary tumours (LEOPARD-2): a multicentre, patient-blinded, randomised controlled phase 2/3 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2019. 4(3): p. 199-207.
13. Seufferlein, T., et al., [S3-guideline exocrine pancreatic cancer]. *Z Gastroenterol*, 2013. 51(12): p. 1395-440.
14. Conroy, T., et al., FOLFIRINOX or Gemcitabine as Adjuvant Therapy for Pancreatic Cancer. *N Engl J Med*, 2018. 379(25): p. 2395-2406.
15. Neoptolemos, J.P., et al., Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet*, 2017. 389(10073): p. 1011-1024.
16. Jang, J.Y., et al., Oncological Benefits of Neoadjuvant Chemoradiation With Gemcitabine Versus Upfront Surgery in Patients With Borderline Resectable Pancreatic Cancer: A Prospective, Randomized, Open-label, Multicenter Phase 2/3 Trial. *Ann Surg*, 2018. 268(2): p. 215-222.
17. Scheufele, F., D. Hartmann, and H. Friess, Treatment of pancreatic cancer—neoadjuvant treatment in borderline resectable/locally advanced pancreatic cancer. *Transl Gastroenterol Hepatol*, 2019. 4: p. 32.
18. Mokdad, A.A., et al., Neoadjuvant Therapy Followed by Resection Versus Upfront Resection for Resectable Pancreatic Cancer: A Propensity Score Matched Analysis. *J Clin Oncol*, 2017. 35(5): p. 515-522.

EANU-Pinnwand. Mehr Wissen zum Heraustrennen.

**Regelmäßig finden Sie im Mittelteil unserer
Aktuellen Gesundheitsnachrichten die EANU-Pinnwand.
Sie können diese heraustrennen, aufheben,
an den Kühlschrank oder an die Pinnwand hängen.
Wir liefern Ihnen kleine Tipps rund um Krebs und Gesundheit.
Heute zum Thema Sonnenschutz und Hautkrebs.**

Sonne ist gut für unseren Vitamin-D-Speicher. Wir müssen aber immer daran denken, dass die intensive UV-Strahlung der Sonne der wichtigste Risikofaktor für Hautkrebs ist. Wichtig ist der richtige Umgang mit dem Sonnenschutz bereits ab der Kindheit, denn die Haut vergisst nicht. Ein Sonnenbrand in früher Kindheit kann später zu einem Hautkrebs führen. Beachten Sie auch die wichtigen Hinweise zur Selbstkontrolle. Und bitte denken Sie daran: Alle gesetzlich Krankenversicherte ab 35 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf ein Screening beim Hautarzt!



EANU-LINKTIPP

Mehr Informationen zum Thema Krebs, Krebsvorsorge und Ernährung finden Sie auf unserer Homepage

www.eanu.de

SONNE JA! ABER MIT VERNUNFT UND

TIPP 1

Sonnenbäder ja, aber so wenige wie möglich. Meiden Sie immer die pralle Mittagssonne.

TIPP 2

Kopfbedeckung und Sonnenbrille sollten nicht fehlen, damit schützen Sie Augen und Kopfhaut.

TIPP 4

Für den Vitamin-D-Speicher reichen 20 bis 30 Minuten Sonne aus, wenn Hände, Arme und Gesicht unbedeckt sind!

TIPP 5

Sparen Sie nicht mit Sonnencreme, wenn Sie sich in der Sonne aufhalten. Für den Körper eines Erwachsenen werden 30 bis 40 Milliliter benötigt!

Mehr Informationen hier

www.bfs.de/DE/themen/opt/uv/schutz/tipps/tipps_node.html

NUR D SCHUTZ!



www.eanu.de

TIPP 3

Sonnenschutz:

Je heller der Hauttyp,
desto höher sollte der
Lichtschutzfaktor des
Sonnenschutzmittels
sein.

TIPP 6

Regelmäßige
Selbstkontrolle
von veränderten
Hautpartien! Auch
zwischen den Fingern
und an Zehen und
Fußsohlen nachschauen!
Bei Auffälligkeiten zum
Arzt!



Brustkrebs: Macht Milch munter – oder kann sie krank machen?



Krakenimages.com - stock.adobe.com

„Milch macht müde Männer munter“ – kennen Sie diesen Werbespruch noch? Bei Frauen könnte der Spruch anders lauten: „Milch erhöht das Risiko für Brustkrebs“. In einer neuen US-amerikanischen Studie wird berichtet, schon der Konsum kleiner Mengen Kuhmilch könnte das Risiko erhöhen. Unklar sei aber, ob es direkt an der Milch oder an einem noch unbekanntem Faktor liege, so die Forscher von der Loma Linda University in Kalifornien und Kollegen.

Verglichen mit Personen, die komplett darauf verzichteten, reichten bereits geringe Mengen Milch, um die Wahrscheinlichkeit für einen Tumor der Brust zu steigern: Bei einem viertel bis drittel Glas täglich waren es schon 30 % mehr, bei einem Glas à 237 ml die Hälfte mehr und bei zwei bis drei solcher Portionen stieg das Risiko um 70–80 %. Keine Verbindung fanden die Autoren zum Konsum von Joghurt und Käse. Bei Sojaprodukten und dem Auftreten von Brustkrebs konnte ebenfalls kein Zusammenhang hergestellt werden.

Quellen

1. Fraser GE et al. Int J Epidemiol 2020; DOI: 10.1093/ije/dyaa007
2. Pressemitteilung Loma Linda University

Stress entsteht
im Kopf,
Entspannung
auch.



Übergewicht

Ein unterschätztes Gesundheitsrisiko?



Das Rauchen und Bewegungsarmut Risikofaktoren für Krebs sind, ist inzwischen relativ bekannt. Doch wie sieht es mit Übergewicht aus? Zwei Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen tragen nicht nur überflüssige Pfunde mit sich herum, sondern damit auch ein Krebsrisiko. Der Arzt und Buchautor Dr. Matthias Frank gibt in diesem Beitrag viele Tipps zur Gewichtsreduktion.

Das Thema Ernährung ist nicht nur integraler Bestandteil westlichen Lifestyles, es ist heftig beworbenes Wachstumssegment unserer Wirtschaft. Das Sendungsbewusstsein einer Vielzahl von Ernährungs- und Diätberatern verbindet sich mit dem Eifer von Marketingstrategen großer Lebensmittelkonzerne. Hinzu kommen ganze Regale voller Ratgeber, die eine Fülle pseudowissenschaftlicher Ernährungsstrategien anpreisen. Das

verwirrende Geflecht von Ernährungstipps und Diätempfehlungen ist überwältigend und voller Widersprüche.

Für die Patienten wird es immer schwieriger, den Überblick zu wahren und die Spreu vom Weizen zu trennen. Sie sind zunehmend verunsichert darüber, wie eine gesunde Ernährung zusammengestellt und zubereitet werden sollte. Und sie sind ständig auf der Suche nach aktu-

ellen Ernährungsempfehlungen oder der idealen Diät. Diäten sind nicht sehr zuverlässig. Einige Jahre nach einer durchgeführten Diät haben viele Menschen ihr altes (Über-)Gewicht wieder.

Wer abnehmen möchte, muss seinen eigenen Weg finden und sein Leben auf Kurs bringen

Jeder, der abnehmen möchte, muss daher seinen ganz eigenen Weg finden. Es gibt nicht einen bestimmten Trick, eine feste

Regel oder eine ganz bestimmte Diät, der jeder folgen muss. Wenn Sie erkannt haben dass Sie übergewichtig sind und eine Gewichtsabnahme nötig ist und Sie fest entschlossen sind, die Gewichtsabnahme auch wirklich umzusetzen, dann geht es vor allem darum, Ihr Leben auf einen neuen Kurs zu bringen.

Wie so oft im Leben kommt es auf die richtige Balance an. Wie jede Therapie erfordert auch die Gewichtsabnahme eine strukturierte Handlungsweise.

Folgende Hinweise können Ihnen helfen, Ihr Zielgewicht zu erreichen.

Lebens- und Essgewohnheiten von Grund auf ändern

Wenn Sie abnehmen und Ihr Gewicht auch auf Dauer halten wollen, müssen Sie Ihre Lebens- und Essgewohnheiten von Grund auf ändern – und zwar dauerhaft! Nur dann werden Sie erfolgreich sein. Viele Menschen begehen den Fehler zu denken: »Ich mache jetzt Diät um abzunehmen, und dann kann ich wieder normal essen.«

Ein Trugschluss, denn das, was für denjenigen »normal« ist, ist schließlich das, was zur Gewichtszunahme geführt hat. Wer so denkt, wird ganz schnell wieder sein Übergewicht haben. Langfristig schlank bleibt nur, wer neue Ernährungsgewohnheiten dauerhaft beibehält.

Lernen, sich zu bewegen

Wer übergewichtig ist, sollte vor allem eines wieder lernen: sich zu bewegen. Niemand muss hierbei zum Leistungssportler werden. Schon moderate regelmäßige Bewegung trainiert den Körper und regt den Kreislauf und den Stoffwechsel an.

Zum einen veranlasst die körperliche Aktivität den Körper, seinen Energieverbrauch zu steigern, und zum anderen verbrauchen Muskelzellen weit mehr Kalorien als Fettzellen. Körperliche Bewegung steigert Ihren Stoffwechsel um bis zu 30 Prozent und der Effekt hält viele Stunden an.

Realistische Ziele setzen

Setzen Sie sich realistische Ziele, beispielsweise innerhalb von drei Monaten Ihr Körpergewicht um etwa acht bis zehn Prozent zu reduzieren. Erst wenn Sie diese Hürde geschafft haben und Ihr festgelegtes Gewichtsziel nach drei Monaten auch tatsächlich erreicht haben, sollten Sie eine weitere Gewichtsabnahme anstreben. Wichtig ist, dass Sie sich Ihrem Ziel schrittweise nähern.

Auf den Körper achten

Lernen Sie, die Signale Ihres Körpers wieder zu verstehen. Essen Sie nur, wenn Sie Hunger haben, und hören Sie auf zu essen, wenn Sie satt sind. Gewichtszunahme ist nicht selten darauf zurückzuführen, dass gegessen wird, obwohl eigentlich kein Hunger vorhanden ist.

Führen Sie ein Tagebuch!

Natürlich erfordert dies alles viel Geduld und es wird nicht jede Woche gleich verlaufen. Ein Tagebuch hilft Ihnen dabei, Ihre Ziele festzulegen, einen Trainingsplan für die Bewegungsübungen zu erstellen, einen Ernährungsplan zu erarbeiten und Ihre Erfolge zu dokumentieren – die Gewichtsabnahme und den Rückgang des Bauchumfangs.

Was zunächst eine echte Herausforderung ist, wird sich im Nachhinein als richtiger und wichtiger Schritt für Ihre Gesundheit herausstellen. Versuchen Sie, sich in kleinen Etappen gesunde Gewohnheiten anzueignen. Fangen Sie an und nähern Sie sich konsequent Ihren Zielen, zu besserer Gesundheit, zu mehr Bewegung und weniger Gewicht.

Es kann sich lohnen, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, denn Abnehmen in Eigenregie ist nicht einfach, besonders wenn man sich bisher

nicht wirklich mit dem Thema Ernährung beschäftigt hat.

Moderne naturheilkundliche Ernährungskonzepte setzen sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen, die neben der Ernährungsberatung, einer reduzierten Kalorienzufuhr und individuellen Essensplänen auch die Beratung zur körperlichen Aktivität und Verhaltensmodifikation umfassen.

Die Ernährungstherapie ist keine Diätberatung.

Sie will vermitteln, dass eine empfehlenswerte Kost – d. h. eine gesunde Ernährung – sich so gestalten lässt, dass Essen weiterhin eine Freude ist. Sie kann und will keine Patentlösungen anbieten. Ihr Wert liegt in inhaltlichen Anregungen zur Ernährungsumstellung und in der Sensibilisierung für Ernährungsfragen. Und sie berücksichtigt, dass Ernährung Genuss und Lebensfreude ist. Essen kann gesund, aber auch krank machen.

Wenn Sie gesundheitliche Probleme haben, sollten Sie sich daher sehr gut überlegen, was Sie essen. Nichts allerdings ist schwieriger, als dauerhaft seine Ernährung umzustellen – und Sport zu treiben.

Was übernehmen die Krankenkassen?

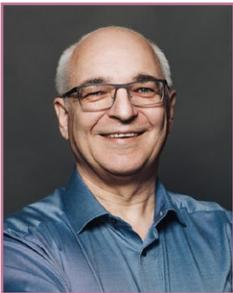
Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich häufig an den Kosten, die für eine Teilnahme an Präventionskursen anfallen. Präventionskurse sollen die Versicherten an einen gesunden Lebensstil heranführen. Dabei ist das Angebot von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich. Häufig werden Kurse zu den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung angeboten.

Viele Krankenkassen übernehmen die gesamten Kursgebühren, andere Kassen wiederum zahlen nur einen Anteil an dieser Art der Gesundheitsvorsorge. In jedem Fall lohnt es sich, ganz konkret bei Ihrer Krankenkasse nachzufragen:

- Welche Kurse werden angeboten?
- Wann finden diese statt?
- Wie hoch ist die finanzielle Unterstützung durch die Krankenkasse?
- Wie oft kann der Kurs in Anspruch genommen werden?

In einem Kurs zur Ernährungsberatung erfahren Sie, wie Sie ungünstige Ernährungsgewohnheiten ablegen und dauerhaft gesünder essen.

Außerdem erhalten Sie viele Tipps rund ums Essen, damit Sie Ihren Ernährungsplan auch im Alltag leicht umsetzen können. Bitten Sie Ihren Arzt, eine Bestätigung auszustellen, dass eine Ernährungsberatung für Sie empfehlenswert ist.



AUTOR

Dr. Matthias Frank

Facharzt für Allgemeinmedizin
Schwerpunkt Akupunktur und Naturheilverfahren

Seine vielfältigen Kenntnisse und Erfahrungen gibt er in zahlreichen Veröffentlichungen, Vorträgen und Workshops weiter. Dr. Frank ist überzeugt, dass Krebspatienten ihrer Krankheit nicht hilflos ausgeliefert sind und dass mit den richtigen naturheilkundlichen Methoden der Heilungsprozess aktiv unterstützt werden kann. Seit 1998 praktiziert Dr. Frank in eigener Praxis in Karlsruhe. (Foto: © www.cmxs.de, TRIAS Verlag)

Care for CAYA - das Präventionsprogramm

Wie gesund leben eigentlich Menschen, die in jungen Jahren einen Krebs überstanden haben? Laut einer Untersuchung ist die Antwort nicht nur unschön, sie ist sogar erschreckend, denn nur jeder 10. zeigt eine gesunde Lebensweise! 58 Prozent der jungen Krebsüberlebenden sind übergewichtig, so Dr. Julia Mann vom Universitären Cancer Center Hamburg (UCCH), 82 Prozent essen weniger als fünf Einheiten Obst und Gemüse am Tag und 55 Prozent treiben selten Sport. Allein für Herzkrankheiten ist das Erkrankungsrisiko für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (children, adolescents and young adults; CAYA) nach Krebs fünf- bis 15-fach erhöht.



photoschmidt - stock.adobe.com

Ein Präventionsprogramm für diese Altersgruppe wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert: Care for CAYA. Die Teilnehmer sind mindestens 15, maximal aber 39 Jahre alt, hatten eine hämatonkologische Erkrankung und sind aktuell tumorfrei. Die Interventionsziele sind eine Minimierung der Belastungen, eine Verminderung von Langzeitfolgen und eine Reduktion kostenintensiver Folgebehandlungen. Angeboten werden Unterstützung für sportliche Aktivität, Beratung bei der Ernährung und psychoonkologische Betreuung.

Informationen gibt es hier: [https://www.uke.de/kliniken-institute/zentren/universitaeres-cancer-center-hamburg-\(ucch\)/leben-nach-krebs-programm/junge-erwachsene-care-for-caya/](https://www.uke.de/kliniken-institute/zentren/universitaeres-cancer-center-hamburg-(ucch)/leben-nach-krebs-programm/junge-erwachsene-care-for-caya/)

Darmkrebs: Sport und körperliche Aktivität wirken sich positiv aus

Welche Bedeutung haben Sport und körperliche Aktivität für Langzeitüberlebende von Darmkrebs? Das fragten sich Wissenschaftler des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und untersuchten die Auswirkungen regelmäßiger Bewegung auf die Lebensqualität. Ihr Fazit: Patienten, die nach der Diagnose körperlich aktiv blieben, profitierten von gesteigertem körperlichem und emotionalem Wohlbefinden und waren weniger von Erschöpfung und Antriebslosigkeit beeinträchtigt.

Die Wissenschaftler untersuchten, wie sich die wöchentliche Bewegungsdauer von Darmkrebspatienten auf ihre Lebensqualität auswirkt. Dafür machten die Teilnehmer Angaben zu ihrer körperlichen Aktivität vor ihrer Diagnose sowie fünf Jahre danach, außerdem zu ihrem körperlichen, kognitiven und emotionalen Wohlbefinden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Langzeitüberlebende, die nach der Diagnose in ihrer Freizeit sportlich aktiv blieben oder ihre körperliche Aktivität steigerten, in allen untersuchten Kategorien eine verbesserte Lebensqualität hatten. Die körperlich Aktiven waren zudem weit weniger von Fatigue, d.h. Erschöpfung und Antriebslosigkeit, beeinträchtigt als die weniger Aktiven. Womit die Forscher nicht gerechnet hatten: Sport auf Vorrat hilft nicht! Es reicht nicht aus, allein vor der Diagnose sportlich aktiv gewesen zu sein. Nur wer sich therapiebegleitend und auf Dauer fit hielt, hatte einen Vorteil gegenüber Patienten, die sich wenig oder gar nicht sportlich betätigten, so die Erstautorin der beiden Studien Ruth Elisa Eyl. Aber auch Patienten, die erst nach der Diagnose ihre körperliche Aktivität erhöhten, konnten ihre Lebensqualität im Vergleich zu nicht trainierten Patienten steigern - es ist also nie zu spät, um körperlich aktiv zu werden.

Quellen

Eyl RE, Koch-Gallenkamp L, Jansen L, Walter V, Carr PR, Hoffmeister M, Chang-Claude J, Brenner H, Arndt V.: Physical activity and long-term quality of life among colorectal cancer survivors - a population-based prospective study. Cancer Prevention Research 2020, (DOI: 10.1158/1940-6207.CAPR-19-0377).

Eyl RE, Thong MSY, Carr P, Jansen L, Koch-Gallenkamp L, Hoffmeister M, Chang-Claude J, Brenner H, Arndt V.: Physical activity and long-term fatigue among colorectal cancer survivors - A population-based prospective study. BMC Cancer 2020, DOI: 10.1186/s12885-020-06918-x



EAU LINKTIPP

Haben Sie in unserem Magazin 36 den Artikel von Dr. Frank Baumann zum Thema Krebs und Sport gelesen? Sie finden diesen hier:

www.eanu-archiv.de/AktuGesNa-36.pdf

Mit der eigenen inneren Schau ein Frühwarnsystem aufbauen

Als aufmerksame Leserin und Leser kennen Sie unseren Autor Martin Rösch bereits. Dieser erfahrene Psychoonkologe nimmt Sie in diesem Beitrag mit auf eine spannende Reise. Über die wichtigen und erforderlichen Diagnoseverfahren wie Laborwerte und Bildgebung zur eigenen inneren Schau als Frühwarnsystem.

Nach einer erfolgreichen Tumorbehandlung ist erst einmal Aufatmen angesagt. Doch dann kommt bald danach die Aufgabe einer laufenden Überwachung, die Verlaufskontrollen. Neben den klassischen Methoden wie Bildgebung und Laborwerte wird hier eine dritte Variante vorgestellt: die innere Schau.

Die drei Formen diagnostischer Tumor-Verlaufskontrollen

Jede Betroffene, jeder Betroffene kennt das. Es liegt wieder eine Tumorverlaufs-

kontrolle an. Immer wieder eine Unsicherheit, immer wieder ein Bangen. Unter laufender Therapie steht man meist unter großer Spannung: Ist der Tumor zurückgegangen, stabil geblieben oder gar doch gewachsen? Und auch nach dem erfolgreichen Abschluss einer Therapie gibt es diese Überwachungstermine: Eigentlich unangenehme Ereignisse, vor denen sich viele fürchten, aber sie müssen halt sein.

Möchten Sie mehr wissen über eine Erweiterung des Lösungsraumes? Das ist immer eine schlaue Strategie und sie hat

das Potential einer echten Hilfestellung! Heinz von Foerster, einer der Begründer der modernen Kybernetik, hat eine Weisheit übermittelt, die wir gerne in diesem Kontext aufgreifen. Er formulierte: „Handele stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten größer wird!“ (Wissen und Gewissen, 1993).

Lassen Sie uns in Erinnerung rufen, kein einzelnes diagnostisches Kriterium allein ist über alle Zweifel erhaben und keines ist ein unumstößlicher Beweis für die Existenz oder Veränderung eines tumorösen Geschehens. Erst mit der Kombination verschiedener Kriterien gewinnt eine Aussage zunehmend an Validität. Selbst ein CT oder MRT Scanbild ist nur wie eine Landkarte, also eine Abbildung der Landschaft, nicht aber die Landschaft selbst. Auf Interpretationsspielräume in diesen Landkarten wird gleich noch eingegangen werden.

Die heute gängigen Verfahren einer klinischen Verlaufskontrolle sind neben Erhebung der aktuellen Patienten-Befindlichkeit und der körperlichen Untersuchung seitens des Arztes vor allem die Bildgebung und Labordiagnostik. Daneben gibt es aber auch noch eine weitere, wenig bekannte, aber sehr interessante Form: die eigene innere Schau. Die drei letzteren Formen werden nun kurz diskutiert.

Bildgebung

Die Bildgebung ist die Königsdisziplin. Wir Menschen sind zu einem großen Teil visuell orientiert. Was wir sehen glauben wir. Inzwischen hat die Medizin fantastische Fortschritte gemacht und wir können Photographien vom Inneren unseres Körpers erstellen, ohne ihn dazu öffnen

zu müssen. Auch wenn die Interpretation dieser Bilder vom Körperinneren Sachverstand erfordert, scheint sie uns doch als ein glaubwürdiger Beleg einer bestimmten Aussage. Es gibt hier verschiedene Verfahren mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen vom Ultraschall zum CT oder MRT überleitend zur Szintigraphie, Spect- oder PET-Aufnahmen bis hin zu den Fusionskonzepten eines PET-CTs oder MRT-PETs oder auch endoskopischen Verfahren eines unmittelbar sichtbaren optischen Bildes.

Der Ultraschall ist ein relativ einfaches Verfahren, das zudem noch Beurteilungen eines Funktionsprozesses erlaubt. Die Bilder sind nicht ganz so sprechend wie die Scans und es hängt viel von der Qualität des Gerätes und der Erfahrung des Anwenders ab. Immer wieder gibt es Störeinflüsse von Artefakten.

CT und Kernspin (MRT) sind beides Bild-daten, die Schichten des inneren Körpers darstellen. Sie zeigen die Form und die Art des Gewebes. Ungewöhnlichkeiten werden zunächst oft nur als Raumforderung benannt, denn man kann vielfach nicht genau beurteilen, was eine solche ungewöhnliche Raumforderung ist. Es kann eine sogenannte Neoplasie, also ein Tumor, sein, muss es aber nicht. Gerade in der Verlaufskontrolle mag sich ein Tumorherd noch als kontrastreiche Stelle oder als Raumforderung zeigen, in Wirklichkeit ist es aber nur das durch eine Behandlung abgestorbene Zellgebiet, in dem früher einmal ein aktiver Tumor gewachsen war. Der Raum ist quasi noch vorhanden, aber ein aktiver Tumor selbst mag verschwunden sein. Das ist der hauptsächliche Grund, warum man nach einer Behandlung erst einige Wochen wartet, bevor



wieder eine neue Scan-Untersuchung vorgenommen wird.

Üblicherweise werden die Schicht-Aufnahmen im Körper in 3-5 mm oder sogar 10 mm Schritten vorgenommen; es kann also auch durchaus sein, dass ein kleiner Tumorherd nicht erkannt wird, weil er zwischen zwei benachbarten Schichten liegt und sich hier noch visuell verstecken kann. Es kann auch sein, dass im Auflösungsprozess eines Tumors dieser sich ausbreitet, der innere Druck wird geringer und die Leukozyten unseres Immunsystems können bessere Zugänge bekommen, um den Tumor abzutragen und ihn aufzulösen. Eine sogenannte Tumorlyse kann sich in der Bildgebung sogar als Vergrößerung der Raumforderung darstellen! In Wirklichkeit mag es das genaue Gegenteil sein, nämlich eine Übergangsform der Tumorauflösung. Dieser Effekt ist unter Radiologen als Pseudoprogress bekannt und dies ist der Grund, warum man nicht unmittelbar nach Ende einer Strahlen- oder Chemotherapie eine Bildkontrolle veranlasst.

Szintigraphie, Spektroskopie oder PET sind andere Untersuchungsmethoden. Sie basieren darauf, dass eine entsprechende Anreicherung eines Kontrastmittels in bestimmten Lokalisationen ein Kennzeichen für einen metabolisch aktiven Krebs sein kann. Man kann hier weniger strukturelle Formen abbilden als vielmehr aktive Prozesse im Zellgeschehen zeigen. Vereinfacht ausgedrückt: ist ein Zellhaufen aktiv, so kann er Kontrastmittel aufnehmen. Wenn er dagegen zwar optisch noch vorhanden aber abgestorben Zellmaterial ist, dann zeigen sich keine Anreicherungen. Kontrastmittel sind in diesem Fall radioaktive Substanzen mit sehr kurzen Halbwertszeiten, also einem raschen Zerfall.

Streng genommen sind dies keine Aufnahmen in den Körper, sondern aus dem Körper ausstrahlende Radioaktivität, die von Sensoren außerhalb des Körpers nach Art und Dichte dieser Strahlung aufgefangen wird. Nachteil dieser Verfahren ist eine mangelnde genaue lokale Zuordnung und es zeigen sich Anreicherungen in allen Organen und Zellen, die einen hohen

Umsatz haben (z.B. Nieren, Gehirn oder auch in Speicherorganen wie die Blase. Teilweise gibt es auch Mischformen, um beides zu erlangen: die metabolische Aussage plus die anatomische Lokalisation – z.B. im PET-CT.

Fazit ist: in der Bildgebung kommt es immer wieder vor, dass man etwas übersieht oder etwas falsch interpretiert. Medizinische Bildgebung heute bietet teilweise fantastische Einblicke und kann sich sehr ansprechend darstellen, gleichwohl ist ein kritisches Hinterfragen immer notwendig. Das Bild ist nicht die Wirklichkeit, sondern nur ein Abbild davon.

Labordiagnostik

Eine nächste wichtige Säule in den Verlaufskontrollen von Tumorerkrankungen sind Laborparameter, insbesondere Tumormarker. Hier gilt noch viel mehr, dass ein einzelner Wert für sich alleine genommen, sehr vorsichtig interpretiert werden muss. Einen valideren Aussagewert erhalten Tumormarker im Vergleich eines zeitlichen Verlaufes. Am Beispiel der Prostata kann dies veran-

höht ist, weil die Prostata bei einer vorausgegangenen Fahrradtour oder einem wilden Sexspiel die Nacht zuvor übermäßig gereizt wurde. Es kann auch sein, dass eine Entzündung (Prostatitis) und nicht ein Tumor Ursache eines erhöhten Wertes ist. Obwohl also der PSA Wert ein ganz spezifischer Marker für die Prostata ist, gilt auch hier: seine Aussage ist nur ein Anhaltspunkt und keine Gewissheit.

Je nach Tumorart gibt es, wie das PSA bei der Prostata, spezifische Tumormarker. Häufige Tumormarker sind bspw. das CA 15-3 für Brustkrebs, CA 125 für Tumore im Ovarial und Unterbauch oder CA19-9, ein Indikator für Tumore der Bauchspeicheldrüse oder des Darms. Bei letzterem kann jedoch eine Erhöhung auch auf mögliche andere Ursachen zurückgehen wie z.B. eine gutartige innere Entzündung oder Gallensteine. Auch der weithin bekannte CEA Tumormarker ist relativ unspezifisch und kann auch nach einem Knochenbruch, einer Entzündung oder einer OP erhöht sein.



schaulicht werden: der sog. PSA-Wert ist im Falle eines Prostata Tumors mit hoher Wahrscheinlichkeit erhöht. Ein über die Norm erhöhter Prostata-Wert kann also ein Indikator sein für einen Tumor. Es ist aber auch möglich, dass der Wert über die Norm er-

Für viele Tumorarten gibt es zudem keine spezifischen Tumormarker, aber man kann gleichwohl Anhaltspunkte gewinnen. Manche Labortests sind umstritten und werden nicht von allen Experten anerkannt (Beispiel TKTL oder APO-10). Andere Experten haben festgestellt, dass solche Marker in Einzelfällen immer wieder eine hohe

Sensitivität und Spezifität haben. Trotz aller Kritik, pragmatisch gesehen, mögen sie doch auch ein wertvolles Kriterium sein. Solche unspezifischen Tumormarker können auch frei im Blut zirkulierende Hitzeschock-Proteine sein. Wenn sie gegenüber der Norm deutlich erhöht sind, kann auch dies ein Anhaltspunkt für ein Tumorgeschehen sein – hier werden vermutlich in Zukunft neue ergänzende Marker auf den Markt kommen.

Kritisch anzumerken ist ferner, dass der Vergleich von Tumormarker, wie viele andere Laborwerte auch, vom Bestimmungungsverfahren im Labor abhängt. Wenn also das Labor oder das Analyseverfahren gewechselt wird, liegt in dieser Tatsache schon eine mögliche Ungenauigkeit, die mitzuberücksichtigen ist.

Fazit: Für alle Tumormarker gilt, dass es vor allem der Vergleich im Zeitverlauf ist, der als Anhaltspunkt heranzuziehen ist und da einzelne Tumormarker immer wieder nicht mit ausreichender Sicherheit spezifisch sind, sollten sie stets nur ein Teilaspekt eines gesamthaften diagnostischen Spektrums sein.

Die eigene innere Schau

Vermutlich scheint es Ihnen auf den ersten Blick überraschend, dass diese Art eines diagnostischen Kriteriums eine Dimension einer Tumor-Verlaufskontrolle sein sollte. Wie kann denn das funktionieren? Da bekomme ich doch kein objektives Feedback. Ich kann mich doch nicht auf mein Wunschdenken oder eine Einbildung verlassen! Und überhaupt, wer macht denn schon sowas? Diese Einwände sind nachvollziehbar. Sie bekommen tatsächlich kein objektives Feedback. Und,

Sie dürfen sich tatsächlich auch nicht auf ein Wunschdenken oder eine Einbildung verlassen, und dennoch steckt hier ein interessantes Potential!

Die eigene innere Schau – richtig angewendet – kann ein sehr sensibles und potentes Frühwarnsystem darstellen. Und - mit Erfahrung - kann es zu einer Methode werden, die in valider Weise Beruhigung und Zuversicht vermitteln kann. Dazu gleich mehr. Auch für dieses Verfahren gilt, ebenso wie für die Bildkontrolle und die Tumormarker, es sollte kein alleiniges Kriterium sein. Und, wenn ein zutreffendes Ergebnis erzielt werden soll, dann bedarf es eines Erlernens dieser Methode und der Erfahrung, die im Laufe der Zeit damit zu gewinnen ist. Dies ist nun nicht mehr die Erfahrung eines betreuenden Arztes; hier sind Sie selbst gefordert!

Zunächst soll nun erläutert werden wie das Vorgehen einer eigenen inneren Schau vor sich gehen kann. Es ist eine Art Meditation, ein Kommunizieren mit sich selbst in einer ruhigen Ausgangslage. Entscheidend hierbei ist, dass sich in diesen Prozess kein Wunschdenken und kein wie auch immer subtil vorgefasstes Ergebnis einschleicht. Dazu dient das nun nachfolgend skizzierte Ritual.

1. Äußerer Rahmen

Eine gelingende Meditation für Nicht-Schon-Zen-Meister braucht einen geeigneten äußeren Rahmen. Es ist sinnvoll, sich in eine Stille zu begeben. Kein Radio, andere Menschen nur, wenn sie mitmeditieren. Es ist besser zu sitzen als zu liegen, denn im Liegen schläft man eher ein, wenn man in sich selbst einsinkt. Es



braucht dazu keinen Lotussitz am Boden, ein Stuhl ist geeignet genug. Setzen Sie sich jedoch aufrecht hin, ohne sich anzulehnen. Legen Sie die Handflächen ineinander und lassen Sie die Daumenspitzen sich berühren. Verweilen Sie einen Moment und legen Sie alle Hektik ab; kommen Sie zur Ruhe.

2. Ritualisierter Meditationsbeginn

Es ist entscheidend, in einen Zustand reinen Beobachtens zu gelangen; einfach zu akzeptieren, was ist und was sich zeigt. In idealer Weise bietet sich hier unser Atmen an, um in einem ritualisierten Beginn in ein solches mentales Wahrnehmung- und Achtsamkeitsmuster zu gelangen. Nehmen Sie drei bewusste Atemzüge und stellen sich vor, wie beim Einatmen frische Energie in den Körper einströmt und beim Ausatmen Verbrauchtes entlassen wird und wie Sie mit jedem Ausatmen tiefer und tiefer zu sich selbst gelangen. Und je tiefer Sie zu sich gelangen, desto ruhiger wird der Körper und je ruhiger der Körper wird, desto tiefer gelangen Sie zu sich selbst, dorthin wo alles ruhig und in Frieden ist.

Dann fahren Sie fort auf das Atmen zu achten. Beobachten Sie die Frequenz des Atmens, ob tief oder flach, ob eher im Bauch oder in den Schultern, wie die Atempausen sind.... Jede Form ist gut. Es gibt kein besser und schlechter. Alles hat seinen Zweck. Der Körper weiß von alleine was ihm jetzt gerade am besten tut. Und so, wie Sie jetzt den Atem beobachten, können Sie alles annehmen, wie der Körper atmet: ohne Wertung, ohne ein gut oder schlecht. Einfach so. Es ist. Das ist nun ein solcher reiner Beobachtungsstatus ohne eigenes Einfluss-Nehmen-Wollen. Alles ist gut so wie es ist. Und erinnern Sie sich? Mit jedem Ausatmen kommen Sie tiefer und tiefer zu sich ganz nach innen.

3. Die eigentliche Meditation: eine imaginierte Körperreise

Jetzt stellen Sie sich vor, dass Sie mit Ihrem Bewusstsein in der Mitte der Brust sind, beim Herzen, tief im Körper. Von dort beginnt die imaginative Körperreise. Überlegen Sie zunächst, welche Stelle im Körper oder welches Organ Sie als erstes besuchen möchten. Vielleicht das Herz?

(Ihr ältester Freund/älteste Freundin.)
Beobachten Sie, welche bildlichen Assoziationen Ihnen „erscheinen“, malen Sie die Landschaft aus. Und dann zoomen Sie sich ganz nahe heran und betrachten die Lebewesen, die hier wohnen. Beobachten Sie, wie zuvor den Atem, welche Eindrücke Ihnen kommen.

Auf diese Weise kann man dann auch weiterreisen in das ehemalige Gebiet des Tumorgeschehens. Auch hier sollten Sie zunächst nur einfach ohne Wertung beobachten, was Ihnen auffällt. Was sind die Assoziationen, wenn Sie dorthin im Detail schauen? Mit welchen Bildern zeigt sich z.B. eine eventuelle Operationsnarbe? Gibt es noch raue Stellen? Dann glätten Sie diese in Ihrer Vorstellung. Der imaginative Onlineshop hat 24/7 geöffnet; sie können alle Hilfsmittel Ihrer Vorstellung dort besorgen. Wenn sich alles ordnet und gut dargestellt in dieser unvoreingenommenen Beobachtung, dann ist gut. Ansonsten helfen Sie einfach mit, wenn sich in der Vorstellung ein Handlungsbedarf für etwas zeigt. Wiederholen Sie diese Besuche immer wieder und achten Sie darauf, ob die beobachteten Bilder im großen Ganzen gleichbleiben oder ob sich diese vielleicht einmal verändern, dunkler werden oder mit einem etwas anderen Gefühl begleitet sind. Das wäre dann ein Zeichen des Aufmerkens. Und wenn man ganz früh in einem Anfangsstadium wachsam wird, sind das die besten Voraussetzungen, um dem dann auch erfolgreich begegnen zu können.

4. Ausklang

Schließen Sie die Meditation bewusst mit einem kleinen Ritual ab und grenzen die Meditationszeit somit von der Alltagszeit

ab. Es genügt bspw. einen bewussten tiefen Atemzug zu nehmen, die Glieder zu strecken und vielleicht einmal zu gähnen. Augen auf und jetzt ist wieder Alltagswelt. Wer möchte, kann seine Eindrücke auch kurz niederschreiben, um sie besser mit späteren Eindrücken vergleichen zu können.

Natürlich kann man sich nicht von Anfang an, einfach so, auf diese Eindrücke verlassen. Jedoch, mit Erfahrung, entsteht von alleine ein immer besseres Bild, ein immer deutlicherer Eindruck. Und wer einmal erlebt, wirklich selbst erlebt hat, dass sich diese inneren Bilder geändert haben und dies dann nachher mit Laborwerten oder in der Bildgebung bestätigt findet, der gewinnt eine innere Sicherheit zum eigenen Gefühl, zu dieser eigenen inneren Schau. Spätestens dann hat sich für diese individuelle Person dieses Instrument der inneren Schau als eine gute ergänzende Diagnoseform entwickelt.

Eine Gefahr besteht darin, dass wir nicht wirklich unvoreingenommen beobachten. Wir können uns jedoch selbst prüfen: gehen wir in die Meditation mit einer wirklich gleichmütigen Haltung? Erlauben wir uns alle Bilder, die hochkommen mögen, auch zuzulassen? Können wir selbst Angst neutral beobachten so wie wir unseren Atem neutral beobachten? Wenn Sie diese Fragen vor sich selbst mit „ja“ beantworten können, haben Sie die für diese Methode richtige Haltung.

Zum Ende sei nochmal eines der eingangs erwähnten skeptischen Argumente gegen dieses Verfahren aufgegriffen: „... überhaupt, wer macht denn schon so was?“ Menschen, die ihre Verantwortung am liebsten abgeben und sich eigentlich

nichts anderes wünschen als vom "Onkel Doktor" Zuversicht zugesprochen zu bekommen, diese Menschen sind vermutlich nicht ganz empfänglich für dieses Diagnoseverfahren. Viele Patienten jedoch nehmen ohnehin schon ihr inneres Gespür wahr, trauen sich aber nicht darüber zu sprechen, weil man sie als naiv abstem-peln könnte oder sie sind sich einfach unsicher darüber. Von solchen Menschen hört man auch nicht viel. Untersuchungen über dieses Thema gibt es auch kaum; Dies liegt nicht daran, dass dieses Thema nicht interessant wäre, es ist vielmehr so, dass es keine Interessenslage dafür gibt.

Ein Onkologe, der eine wissenschaftliche Karriere machen möchte, sollte am besten etwas untersuchen, was sich nachher als ein im günstigsten Fall wirksames Instrument in den Händen der Onkologen darstellt, ein neues immunologisches Verfahren etwa oder eine Statistik zum Vergleich verschiedener Behandlungsoptionen mit einer signifikant abgesicherten Handlungsempfehlung. Studien, die rein

die Patientensicht erfassen, gibt es äußerst wenige.

Und so sind es eigentlich nur die wenigen Patienten, die ihre Erfahrung als Einzelfallgeschichte vorstellen und oft sehr eindrucksvoll berichten, wie sie sich mit ihrem eigenen Gefühl als Kompass durch die Odyssee an Therapieverfahren durchgekämpft haben.

Schlussplädoyer

Neben den wichtigen und erforderlichen „objektiven“ Diagnoseverfahren wie Laborwerte und Bildgebung gibt es eine dritte „subjektive“ Methode, die der eigenen inneren Schau. Mit Übung, zunehmender Erfahrung damit und der Fähigkeit zu einer neutralen beobachtenden Haltung kann dieses subjektive Instrument ein feinfühliges zusätzlicher Frühwarn-Indikator werden. Es setzt allerdings voraus, sich aus einer vielleicht anfänglichen Passivität heraus zu entwickeln; es gilt selbst aktiv zu werden.



AUTOR

Martin Rösch

mental-spirituelle Psycho-Onkologie
Standort Konstanz
Email: ealae9@gmail.com
www.LassLichtWirken.com

Martin Roesch war in seinem Berufsleben drei Jahrzehnte zunächst mit Radiologien und Strahlentherapien beschäftigt, später in der onkologischen Forschung und Versorgung. Heute arbeitet er als Psychoonkologe in eigener Praxis in Konstanz, ist jedoch auch mit onkologischen Kliniken wie der Praxisklinik für Hyperthermie - Dr. Sahinbas im Paradus Medical Center in Düsseldorf verbunden.

Erhöhtes Darmkrebsrisiko für Diabetiker



Alexander Rathis - stock.adobe.com

Um herauszufinden, wie hoch das Darmkrebsrisiko für Diabetiker ist, haben Wissenschaftler die Daten von fast 13 Millionen Personen ausgewertet. Die Forscher vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg konnten zeigen, dass Diabetiker ein vergleichbar hohes Darmkrebsrisiko haben wie Menschen, in deren Familien gehäuft Darmkrebs auftritt. Zudem haben Diabetiker ein höheres Risiko, bereits vor dem 50. Lebensjahr an Darmkrebs zu erkranken.

Darmkrebs ist in Deutschland und weltweit die dritthäufigste Krebsart und die zweithäufigste Krebstodesursache. Mit besonderer Besorgnis beobachten Wissenschaftler, dass insbesondere die Zahl der jungen Darmkrebspatienten weiter zunimmt. Es wird daher immer wichtiger, spezifische Risikofaktoren für Darmkrebs bei jungen Erwachsenen zu identifizieren, sodass Hochrisikopersonen früher von einer Vorsorgeuntersuchung profitieren können. In Deutschland haben Frauen und Männer bislang ab 50 Jahren Anspruch auf Maßnahmen zur Darmkrebsfrüherkennung.

Untersuchungen weisen darauf hin, dass Diabetiker, insbesondere Menschen mit Typ 2 Diabetes, gegenüber der Normalbevölkerung ein höheres Risiko haben, an Darmkrebs zu erkranken. Diabetes und Darmkrebs haben einige Risikofaktoren wie etwa

Fettleibigkeit, Bewegungsmangel und Stoffwechselfaktoren gemeinsam. "Bisher galt Diabetes nicht als anerkannter Risikofaktor für frühe Darmkrebserkrankungen und der Zusammenhang zwischen Diabetes und familiärem Darmkrebsrisiko war noch weitgehend unbekannt", berichtet Mahdi Fallah, Leiter der Gruppe Risikoadaptierte Prävention in der Abteilung Präventive Onkologie des DKFZ und am NCT Heidelberg.

Die Heidelberger Forscher haben daher in Kooperation mit Kollegen der Universität Lund insgesamt 12,6 Millionen Daten von nach 1931 geborenen schwedischen Bürgern inklusiv ihren Eltern ausgewertet. "Ziel war es, das Darmkrebsrisiko insbesondere im Alter unter 50 Jahren bei Diabetikern mit und ohne Darmkrebspatienten in der Familie zu bestimmen", erklärt Elham Kharazmi, Ko-Leiterin der Studie und Wissenschaftlerin des DKFZ und am NCT Heidelberg.

Während des Studienzeitraums von 1964 bis 2015 hatten insgesamt 559.375 der untersuchten Personen Diabetes und 162.226 eine Darmkrebserkrankung. Die Auswertung dieser weltweit größten Datenbank ihrer Art zeigte, dass bei Diabetikern das Risiko für Darmkrebs in allen Altersgruppen erhöht war. Das Risiko, in jungen Jahren an Darmkrebs zu erkranken, war bei Diabetikern ohne Verwandte mit Darmkrebs sogar ähnlich hoch wie bei familiär vorbelasteten Nicht-Diabetikern. Diabetiker, bei deren Verwandten ersten Grades Darmkrebs diagnostiziert wurde, hatten gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein etwa 7-fach erhöhtes Risiko, bereits unter 50 Jahren selber Darmkrebs zu entwickeln.

Die Ärzte und Wissenschaftler empfehlen daher Diabetikern, die Möglichkeiten zur Darmkrebsfrüherkennung in Deutschland wahrzunehmen, spätestens, wenn sie 50 Jahre alt sind. "Unsere Studie konnte zeigen, dass Diabetiker ein erhöhtes Risiko haben, bereits vor dem 50. Lebensjahr an Darmkrebs zu erkranken. Dies ist wichtig zu wissen, um diesen Menschen zukünftig früher ein risikoangepasstes Darmkrebscreening anzubieten", sagt Fallah.

Quelle

U. Ali Khan, M. Fallah, Y. Tian, K. Sundquist, J. Sundquist, H. Brenner, E. Kharazmi: Personal History of Diabetes as Important as Family History of Colorectal Cancer for Risk of Colorectal Cancer: A Nationwide Cohort Study. The American Journal of Gastroenterology 2020; <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000669>



EANU LINKTIPP

Die wichtigsten Erkenntnisse der Studie:

https://www.nct-heidelberg.de/fileadmin/media/nct-heidelberg/news/Meldungen/Bilder/Wichtigste_Erkenntnisse_der_Studie.jpg

Der Krebs. Ein unheimlicher Geselle. Warum gerade ich?

Heinz-Georg Steinke hat im Selbstverlag das "Zwischen Himmel und Hölle oder Blase und Prostata" geschrieben. Es ist ein Mutmacher-Buch und kann immer noch bestellt werden. Für uns hat Heinz-Georg Steinke einen neuen Text geschrieben – und wieder macht er mit klaren und eindeutigen Sätzen etwas, was wichtig ist: Mut geben!

Der Krebs an sich ist ein schmackhaftes, von Feinschmeckern geschätztes Fluß- und Meerestier, aber auch eine sich oft trotz gesunder, sportlicher Lebensweise heimtückisch im Körper ausbreitende Krankheit. Ein unheimlicher Geselle, den niemand bestellt hat und den man am liebsten gleich wieder zum Teufel jagen möchte. Meist wird er nur durch Zufall, oft, trotz Vorsorge, zu spät entdeckt und hat ganz einfach, ohne zu fragen, von einem Besitz ergriffen.

Verschiedene Menschen, verschiedene Reaktionen auf die Diagnose Krebs

Diese Diagnose, die dem Patienten oft wenig feinführend, wie in meinem Fall vom Chefarzt während der Visite in 20 Sekunden an den Kopf geknallt wird, ist ein Schock, der Betroffene erst einmal in Starre versetzt. Man will es einfach nicht wahrhaben, dann übermannen einen Gefühle, die uns Tränen in die Augen schießen lassen. So verschieden wie wir Menschen sind, so verschieden sind auch die Reaktionen auf diese Diagnose.

Einige nehmen die Krankheit an, andere verzweifeln und meinen die Welt geht unter. Sie glauben nicht mehr an Gott und die Welt, ohne dagegen anzukämpfen und nach Möglichkeiten zu suchen, den Krebs zu besiegen, zu überlisten oder aber für eine bestimmte Zeit in seine Schranken zu verweisen. Das wird in bestimmten Fällen nicht gelingen, dazu ist dieser Geselle zu heimtückisch. Versuchen sollte man es aber immer, denn wer sich aufgibt, hat schon verloren.

Warum gerade ich? Kann es nicht ein Anderer sein?

Nun folgt von vielen Betroffenen die oft gestellte Frage: "Warum gerade ich?" Kann es nicht ein Anderer sein? Nachdem ich nach meiner Blasen-OP mit dem Befund zu meiner sehr feinführenden Hausärztin kam, führten wir ein sehr langes vertrauliches Gespräch. Zum Schluss meinte sie: Ausgerechnet sie muss es erwischen, wo sie so viel für ihre Gesundheit getan haben. Immer Sport getrieben, nicht geraucht, nicht gesoffen, gesund

ernährt und jetzt immer noch so viel tun: Reha-Sport, Aquafit, Rückenschule, Sauna, Schwimmen usw., ist doch ungerecht. Warum denn nicht, fragte ich sie, es erwischt doch auch so viele andere. Jetzt fahre ich mit meiner Frau erst einmal ein paar Tage fort, ich brauche Tapetenwechsel. „Sie haben die richtige Einstellung und packen das.“

Wer Frieden findet, strahlt Ruhe aus

Im Eildurchgang gebucht, taten wir das auch und diese Tage taten uns beiden gut. Bei meiner dritten OP, dieses Mal die Prostata, hatte ich auf meinem Zimmer zwei echte Jammerlappen. Sie waren mit sich und der Welt unzufrieden, obschon sie gar nicht vom Krebs befallen waren. Ich hätte, in Erwartung der histologischen Befunde, weit mehr beunruhigt sein können, strahlte aber merkwürdigerweise eine große innere Ruhe aus. Sicher hatte ich meinen inneren Frieden schon gefunden und war mit mir im Reinen.

In der Reha, in einer rein onkologischen Klinik in Tabarz im Thüringer Wald, hatte

ich einen Tischgenossen, der, wenn er von Bekannten gefragt wurde wie es ihm gehe, immer nur mit dem Finger nach unten zeigte und damit meinte, daß er nun bald unter der Erde liege. Mit so einer Einstellung kann man natürlich einen so heimtückischen Gesellen nicht besiegen, ihm auch keine evt. noch verbleibende Zeit abringen.

Krebs muss kein Ende sein, es kann auch ein ganz neuer Anfang sein!

Die beste Methode ist immer noch nach vorn zu schauen, die Krankheit annehmen und den Kampf dagegen aufnehmen. Die Krankheit Krebs muss kein Ende, sie kann ein ganz neuer Anfang sein. Sie macht uns bewusst, wie endlich unser Leben ist, eröffnet uns ganz neue Perspektiven und will uns vielleicht sagen unser Leben neu zu gestalten und bewusster zu leben. Wer sich trotz seines schweren Schicksals seinen Humor bewahrt hat, kann es mit einem spanischen Sprichwort halten: „Wenn das Leben Dir die kalte Schulter zeigt, dann kneif es in seinen knackigen Arsch.“



Information zum Buch "Zwischen Himmel und Hölle oder Blase und Prostata"

AUTOR

Heinz-Georg Steinke

Am Teichfeld 46, 06567 Bad Frankenhausen
Tel. 034671/62553
Selbstverlag

Sage nie im Leben, Du hättest keine Lust.

Das Leben sagt Dir oft Du musst. (Dichter-Zitat)



Brustkrebs Deutschland e.V.

Brustkrebs: „Prognose Leben“



Round Table SABCS: Experten aus dem ärztlichen Beirat von Brustkrebs Deutschland e.V. und Renate Haidinger beim Round Table Gespräch in San Antonio 2018

Foto: Brustkrebs Deutschland e.V.

In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen eine weitere Organisation vor, die Hilfe zu Selbsthilfe gibt. Der Verein Brustkrebs Deutschland unterstützt Betroffene und Angehörige unter dem Motto „Prognose Leben“, organisiert Veranstaltungen, Aktionen, Kooperationen oder berät mit wertvollen Alltagstipps.

Im Jahre 2003 gründete die Medizinerin Renate Haidinger nach einer Brustkrebserkrankung den gemeinnützigen Verein Brustkrebs Deutschland. Aus eigener Betroffenheit wurde, wie so häufig, eine bleibende Organisation, die in schwierigen Zeiten einen Leuchtturm darstellt.

Der Brustkrebs Deutschland e.V. unterstützt mit umfassenden Informationen zu aktuellen Therapiemöglichkeiten, organisiert Veranstaltungen, Aktionen, Kooperationen oder berät mit einfachen Alltagstipps, die das Leben in dieser Zeit

erleichtern können. Dem Verein steht ein hochkarätiger Beirat zur Seite, dem über 40 Spezialisten aus den Bereichen der Grundlagenforschung, Diagnostik, Pathologie, Operation, Bestrahlung, Systemtherapie, Endokrinologie/Knochengesundheit, Physikalische Medizin, Psycho-Onkologie, genetischer und familiärer Brustkrebs angehören.

Engagierte Patientinnen, Ehrenamtliche und prominente Botschafterinnen wie u.a. Maggie Reilly, Patricia Kelly, Christina Stürmer oder Heidrun Gärtner unterstützen den Verein ebenfalls.

Ziele des Vereins

- Die lebensrettende Bedeutung von Prävention und Früherkennung zu kommunizieren und ins Bewusstsein aller zu bringen
- Die Gesellschaft für erkrankte Frauen (und Männer) zu sensibilisieren, um nach wie vor bestehende Berührungängste abzubauen
- Ärzten, Betroffenen und ihren Familien so viele Informationen und Unterstützung wie möglich zu vermitteln - kostenlos
- Unabhängige Forschung zu unterstützen
- Brustkrebs in der metastasierten Situation zu thematisieren

Einen Schwerpunkt setzt der Verein speziell beim Thema "Brustkrebs - die metastasierte Situation". Bereits 2009 fand dazu der erste Patientinnentag „Wissen ist (m)eine Chance“ speziell für Patientinnen in der metastasierten Situation statt. Die Vorträge, die im Rahmen dieser Veranstaltung gehalten wurden, wurden aufgezeichnet und können im Netz angesehen werden.

Im Jahr 2015 startete der Verein außerdem eine Perückensammelaktion für bedürftige Patientinnen im In- und Ausland. Die Aktion, bei der gut erhaltene

Perücken und inzwischen auch andere Artikel wie Prothesen, Kopfbedeckungen, BHs etc. gesammelt und regelmäßig an Patientinnen in Not weitergegeben werden, wurde so gut angenommen, dass in den vergangenen Jahren bereits mehr als 3000 Perückenspenden an Brustkrebs Deutschland e.V. gespendet wurden. Jährlich werden ca. 500 Perücken an bedürftige Patientinnen versandt.

Der Youtube-Kanal bietet zahlreiche Videos und Interviews und ist hier erreichbar: <https://www.youtube.com/user/brustkrebsdeutschland>



MEHR INFOS

Brustkrebs Deutschland e.V.

Lise-Meitner-Str. 7 ▪ 85662 Hohenbrunn (bei München)
Tel.: 089-41 61 98 00 ▪ E-Mail: online@brustkrebsdeutschland.de
www.brustkrebsdeutschland.de

YouTube: [Brustkrebs Deutschland e.V.](https://www.youtube.com/BrustkrebsD)
Facebook: [facebook.com/BrustkrebsD](https://www.facebook.com/BrustkrebsD)
Instagram: [prognoseleben](https://www.instagram.com/prognoseleben)

Und jetzt Corona? Ich habe vor nichts mehr Angst im Leben.



pathdoc - stock.adobe.com

Viele Krebspatienten haben großen Respekt vor Corona und der damit verbundenen Krankheit Covid-19. Unsere Leserin Erika Roth hat uns einen schönen Beitrag geschrieben. Auch sie achtet auf alle Maßnahmen, aber sie schreibt nach etlichen Krankheiten: „Ich habe vor nichts mehr Angst im Leben.“

Alles fing Weihnachten 1989 an. Ich reichte die Scheidung ein und blieb mit 2 minderjährigen Kindern (9 J. + 13 J.) zurück. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich zwei eigene Firmen und zwei Jobs. Wie bei so vielen Trennungen war es mit viel seelischem Schmerz und Aufregungen verbunden. Als alles geregelt war, war ich Alleinerziehende mit zwei Kindern und stand da mit ca. 500.000 Euro Schulden, da ich meinem gutverdienenden

Ex-Mann Unterhalt zahlen musste. 1991 stellte man dann in der rechten Brust einen verkapselten Tumor fest. Auf Grund der familiären Situation ließ ich mich erst 1995 operieren. Ich hoffte es geht gut und bat den lieben Gott, mir bitte beizustehen, bis meine Kinder erwachsen wären und auf eigenen Beinen stehen. Zum Glück funktionierte es. Ich tat alles was von den Ärzten angeordnet wurde. 2000 hieß es dann – krebsfrei.

Bei einer Routineuntersuchung im Jahre 2001 wurde dann Gebärmutterhalskrebs festgestellt. Es erfolgte eine Totaloperation und wieder ging es gut. Die Kinder waren inzwischen 21 + 25 Jahre und standen auf eigenen Beinen. Zumindest fast. Auch meine Schulden konnte ich zum größten Teil tilgen, obwohl ich bei der Scheidung beide Firmen verloren hatte.

Aber ich musste in psychologische Behandlung gehen, da nicht alles spurlos an mir vorbeigegangen ist. Ich werde auch bis jetzt noch intensiv psychologisch betreut, aber das ist ein anderes Thema. Ich hoffte, kämpfte und gab wie immer nicht auf. Auch nicht als ich in der Psychotherapie erfuhr, dass ich als Baby bis zum Alter von acht Jahren furchtbare Misshandlungen und Missbrauch erlebt haben muss. Auch damit muss ich leben.

Im August 2018 hatte ich dann einen 2. größeren Schlaganfall nach mehreren TIA's und im Oktober 2018 erlitt ich einen Bandscheibenvorfall. Ich musste ins MRT. Zum Glück!!! Die Ärztin eröffnete mir, dass sie an der rechten Niere einen bösartigen Tumor gesehen hätte. Meine nächste Krankheit: Nierenzellenkrebs, im Januar 2019 wurde ich operiert.

Heraus. Und zwar am Tag des Geburtstages meiner Tochter und meiner Mutter. An diesem Tag reiste ich 1976 auch aus Rumänien nach Deutschland ein. Und am gleichen Tag wurde meinem Sohn ein Nierenstein herausoperiert. Wir hatten unabhängig voneinander die Termine erhalten. Etwas viele Zufälle.

Der "da Vinci"-Roboter hat bei mir gute Arbeit geleistet, die Ärzte und die Schwestern, das Personal und die Reha waren super. Mir wurde alles erklärt und erforderte aber auch von mir viel Mitarbeit und Akzeptanz der Krankheit. Ich habe aus meinen Krankheiten gelernt, dass Dir die besten Spezialisten nicht helfen können, wenn du nicht selbst willst und mitmachst. Therapie (Medi's, Chemo etc.) erfolgte nicht, Kontrollen werden nach Plan durchgeführt und sonst warten – auf den Tod?

Und jetzt Corona? Ich habe vor nichts mehr Angst. Alles im Leben kommt wie es kommen soll! Selbstverständlich halte ich mich an alle Corona-Vorgaben, aber da ich alleinstehend bin, kombiniere ich meine Arzt- und Therapietermine mit Einkäufen etc. um nicht so oft exponiert zu sein. Aber sonst keine Angst, Panik und Hysterie.

*Die Engel zeigen sich in schweren Krisen,
bei unerträglichem Leid und bei Absichten,
die Mitgefühl zeigen. (Ralph Waldo Emerson)*

Bei starken Tumorschmerzen oder zu schweren Nebenwirkungen kann es sinnvoll sein, die Schmerzmittel zu wechseln.



megaflopp - stock.adobe.com

Vor allem in fortgeschritteneren Stadien ist bei der Behandlung von Tumorschmerzen der Einsatz von Opioiden unverzichtbar. Im sogenannten Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommen bei schweren Tumorschmerzen auf Stufe III stark wirksame Opioide zum Einsatz. Doch was tun, wenn ein Mittel nicht mehr ausreichend wirkt oder zu starke Nebenwirkungen auftreten?

Als ein gutes Ansprechen auf eine Schmerztherapie mit Opioiden gilt es, wenn die Schmerzen gut gelindert und die Mittel weitgehend gut vertragen werden. Doch Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Harnverhalt können auftreten und so stark werden, dass sie trotz einer guten Schmerzlinderung unerträglich neue Beschwerden verursachen. In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, das Opioid zu wechseln, Mediziner sprechen dann von einer Opioidrotation. Unakzeptable Nebenwirkungen sind einer der häufigsten Gründe für einen Opioidwechsel bei Tumorschmerzen.

Auch wenn die Tumorschmerzen mithilfe der eingesetzten Opioide nicht mehr ausreichend gelindert werden können, kann eine Opioidrotation helfen. Dabei ist es empfehlenswert, die Anpassung des neuen Schmerzmittels von erfahrenen Schmerztherapeuten in einer Klinik vornehmen zu lassen, um sowohl Über- als auch Unterdosierungen bei der Dosisfindung zu vermeiden.

Quelle

Roch C & van Oorschot B. Opioidrotation bei Tumorschmerzen. Wie funktioniert sie und wann ist sie angebracht?
Im Fokus Onkologie 2020, 23(1):19-21

Ein toller Trend: Steine bemalen

Auch bei Erwachsenen ist das Bemalen von Steinen derzeit ein toller Trend! Es gibt bei Facebook, Instagram und Pinterest inzwischen sogar Gruppen dafür. Man kann diese Steine bemalen, mit Motivationsprüchen versehen und auch an liebe Menschen verschenken. Man braucht nur Steine, Pinsel und Acrylfarben!

Entspannung ist neben der Bewegung ein wichtiger Baustein in der Krebstherapie und in der Nachsorge. Malen Sie, bleiben Sie möglichst kreativ, entspannen Sie sich! Sie können auch Achtsamkeitsübungen machen, Yoga oder andere Techniken anwenden. Oder Sie holen sich Steine und bemalen diese. Möchten Sie uns Ihr Exponat zeigen? Schicken Sie uns doch einfach ein Foto an redaktion@eanu.de



UNSERE LESERINNEN UND LESER
WARTEN AUF SIE!

MÖCHTEN SIE IHRE LEBENSGESCHICHTE
VERÖFFENTLICHEN? ÜBER IHR LEBEN MIT KREBS
SCHREIBEN? IHRE ERFAHRUNGEN MIT KREBS
VERÖFFENTLICHEN? ALS BETROFFENER ODER
ALS ANGEHÖRIGER? SIE LEISTEN ANDEREN
MENSCHEN DAMIT EINEN GROßEN DIENST,
DENN LEBENSGESCHICHTEN MACHEN MUT,
GEBEN TROST UND ZEIGEN, DASS MAN MIT
KREBS NICHT ALLEINE IST.

NUR MUT! TRAUEN SIE SICH! UNTER
REDAKTION@EANU.DE
KÖNNEN SIE GERNE KONTAKT
MIT UNS AUFNEHMEN!



Letzte Ausgaben der **Aktuellen Gesundheitsnachrichten**



Heft 36



Heft 35



Heft 34

Das gedruckte Magazin **Aktuelle Gesundheitsnachrichten** und die digitalen Medien werden von der Günter und Regine Kelm Stiftung gefördert. Diese können Sie kostenlos auf unserer Homepage bestellen.



Anmeldung für Magazin und Newsletter

www.eanu.de

Redaktionelle Texte und Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Sie enthalten Erkenntnisse aus Medizin und Forschung, die einem steten Wandel unterliegen. Für die Aktualität und die Inhalte der Texte sowie die Bildrechte sind die Autoren verantwortlich.

IMPRESSUM

Herausgeber: Europäische Akademie für Naturheilverfahren und Umweltmedizin (EANU)
Dr. Wasylewski GmbH, Grottkauer Straße 24, 12621 Berlin
Telefon: +49(0)30 55 15 82 48, Telefax: +49(0)30 55 15 82 49
Internet: www.eanu.de, E-Mail: redaktion@eanu.de

V.i.S.d.P.: Dr. med. Andreas Wasylewski

ISSN 2199-9791 (Print), ISSN 2199-9805 (Internet)

Redaktion: Tom Stiegler, Dr. med. Andreas Wasylewski

Layout: Danilo Geritz



www.eanu.de



kanid - stock.adobe.com

*Die wahren Optimisten sind nicht überzeugt,
dass alles gut gehen wird, aber sie sind überzeugt,
dass nicht alles schief gehen kann.*

Friedrich Schiller



Europäische Akademie
für Naturheilverfahren und Umweltmedizin



[www.facebook.com/
EANU.Berlin](https://www.facebook.com/EANU.Berlin)



www.eanu.de



[www.twitter.com/
KrebsInfoEANU](https://www.twitter.com/KrebsInfoEANU)